

# EL ESTIGMA DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA HACIA LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE **SALUD** **MENTAL**

---

## Contra el Estigma

---

Cátedra UCM - Grupo 5  
Contra el Estigma

# CÁTEDRA UCM - GRUPO 5 CONTRA EL ESTIGMA

Estudio realizado por la Cátedra extraordinaria UCM-Grupo 5 Contra el Estigma.

## Director del estudio:

**Manuel Muñoz.** Catedrático de Evaluación y Diagnóstico Psicológico, y Director de la Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el estigma, UCM.

## Coordinadora del estudio:

**Sara Zamorano.** Doctoranda en la Universidad Complutense de Madrid. Becaria de la Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el Estigma.

## Equipo del estudio:

**Ana Abad.** Directora del Centro de Día y Equipo de Apoyo Social Comunitario de Latina. Comunidad de Madrid. Grupo 5.

**Clara González.** Profesora Ayudante Doctora en la Universidad de Valladolid.

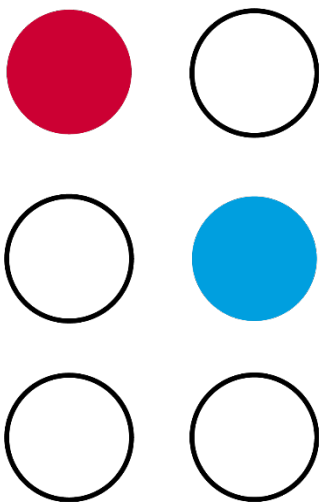
**Juan Linares.** Director de Viviendas con apoyo El Hayedo. Gobierno de Castilla La Mancha. Grupo 5.

**María Salazar.** Directora del Centro de Rehabilitación Psicosocial Latina. Comunidad de Madrid. Grupo 5.

**Ana Belén Santos.** Profesora Contratada Doctora interina en la Universidad Complutense de Madrid.

**Carlos Vaquero.** Director del Centro de Rehabilitación Laboral de Torrejón. Comunidad de Madrid. Grupo 5.

*Con la Cátedra UCM – Grupo 5 Contra el Estigma (<https://www.contraelestigma.com/>) queremos crear una plataforma de **investigación, comunicación y difusión** de los conocimientos científicos, que permita mejorar la lucha **contra el estigma** en nuestra sociedad mediante la investigación, la formación, la transferencia de conocimiento y el uso de estrategias medioambientales y culturales.*



La Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el Estigma (<https://www.contraelestigma.com/>) tiene como principal objetivo la lucha contra el estigma que afecta a las personas con problemas de salud mental, discapacidad, vulnerabilidad o exclusión social extrema. Con este propósito, desde la Cátedra se desarrollan estudios de investigación, materiales, programas de formación, actividades culturales y campañas de sensibilización.

**En este informe, la Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el Estigma presenta un avance de los resultados obtenidos en la Encuesta UCM-Grupo 5 sobre Estigma, primera encuesta que aborda el estigma social hacia las personas con problemas de salud mental. La metodología seguida ha dado voz a las personas afectadas por esta condición, mediante grupos y entrevistas en profundidad en los Centros de día de Latina y Aranjuez, Centro de rehabilitación laboral de Aranjuez y Centro de Rehabilitación Psicosocial de Latina de la Comunidad de Madrid, gestionados por Grupo 5, y ha encuestado a una muestra representativa de la población española (N=2755).**



# ÍNDICE

---

## 1. El estigma y los problemas de salud mental

## 2. Metodología

- 2.1. Diseño
- 2.2. Aspectos éticos y deontológicos
- 2.3. Estudio cualitativo: estudio de grupos y entrevistas en profundidad.
- 2.4. Estudio cuantitativo: Encuesta sobre estigma en la población española
  - 2.4.1. Muestra
  - 2.4.2. Perspectiva de género
  - 2.4.3. Variables e instrumentos
  - 2.4.4. Análisis estadístico

## 3. Resultados

- 3.1. Descripción de la muestra: variables sociodemográficas
- 3.2. Contacto con los problemas de salud mental
- 3.3. Revelación de los problemas de salud mental
- 3.4. Lenguaje y medios de comunicación
  - 3.4.1. Palabras más empleadas
  - 3.4.2. Información en los medios de comunicación
- 3.5. Distancia social
  - 3.5.1. ¿Qué contacto estaría dispuesto a tener con personas con problemas de salud mental?
  - 3.5.2. Distancia social para los cuestionarios masculinos y femeninos
  - 3.5.3. Distancia de los servicios de salud mental
- 3.6. Actitudes hacia las personas con problemas de salud mental
  - 3.6.1. Actitudes hacia las personas con problemas de salud mental: totales (CAMI y AQ-9)
  - 3.6.2. Actitudes hacia las personas con problemas de salud mental para los cuestionarios masculinos y femeninos
- 3.7. Variables sociodemográficas y estigma
  - 3.7.1. Género
    - Distancia social
    - Actitudes hacia las personas con problemas de salud mental
  - 3.7.2. Edad
    - Distancia social
    - Actitudes hacia las personas con problemas de salud mental
  - 3.7.3. Nivel de estudios
    - Distancia social
    - Actitudes hacia las personas con problemas de salud mental
  - 3.7.4. Población rural – urbana
    - Distancia social
    - Actitudes hacia las personas con problemas de salud mental
  - 3.7.5. Experiencia en primera persona de problemas de salud mental
    - Distancia social
    - Actitudes hacia las personas con problemas de salud mental
  - 3.7.6. Convivencia con personas con problemas de salud mental
    - Distancia social
    - Actitudes hacia las personas con problemas de salud mental

3.7.7. Contacto con personas con problemas de salud mental

Distancia social

Actitudes hacia las personas con problemas de salud mental

3.7.8. Profesión

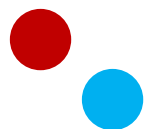
3.8. Ítems provenientes del estudio cualitativo

**4. Conclusiones**

**5. Limitaciones**

**6. Recomendaciones para la acción**

Referencias





# 1. EL ESTIGMA Y PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) asegura que el 25% de la población mundial va a convivir con un problema de salud mental en algún momento de su vida y alrededor del 1% vivirá con un trastorno mental grave y permanente. Sabiendo esto, es necesario recordar que las personas con problemas de salud mental han sido sistemáticamente estigmatizadas y discriminadas a lo largo del tiempo por su condición, viendo reducidos considerablemente sus derechos y acceso a oportunidades sociales y sanitarias (OMS, 2013). Estas personas se encuentran con dificultades a la hora de participar en entornos comunitarios, viendo obstaculizada su participación social (Encuesta Nacional de Salud, 2017).

El estigma se ha definido de forma tradicional como un atributo profundamente devaluador, que degrada y rebaja a la persona portadora del mismo (Goffman, 1963). Pero el estigma no es simplemente una etiqueta o atributo que discrimina a la persona, también es una dinámica, es decir, una serie de procesos psicosociales basados en el intercambio de conductas entre dos grupos, los estigmatizados y los estigmatizadores, destacando una serie de diferencias negativas. En consecuencia, estas diferencias crean dos grupos separados (“ellos/as” y “nosotros/as”), y llevan a una pérdida de estatus y a la discriminación del grupo de “ellos/as” (Corrigan, Druss & Perlick, 2014). Dicho de otra forma, el estigma es un proceso compuesto del reconocimiento de la persona como “enfermo/a mental”, la activación de creencias negativas y erróneas y, por último, la aparición de emociones negativas o discriminación hacia la persona (Overton & Medina, 2008), lo que deriva en segregación, discriminación y asimetría de poder que se sostiene entre el endogrupo y el exogrupo (Link & Phelan, 2001).

La diferenciación entre “ellos” y “nosotros” es una característica definitoria del denominado estigma social, una forma de discriminación que conglera distintas actitudes hacia un grupo por parte de la sociedad (Muñoz et al., 2009). Por otra parte, el estigma personal se define por la interiorización de todas esas actitudes por parte del individuo con problemas de salud mental, que las hace suyas (Corrigan et al., 2014). Por último, el estigma estructural aparece cuando son las propias políticas institucionales las que discriminan a las personas con problemas de salud mental. Dentro de este tipo de estigma se pueden encontrar prácticas tales como una pobre atención médica o falta de fondos para el tratamiento (Corrigan et al., 2014).



Este fenómeno social suele conceptualizarse en tres dimensiones en constante interacción: cognitiva (estereotipos), emocional (prejuicios) y conductual (discriminación) (Garrido y Álvaro, 2007; Muñoz et al., 2009; Muñoz et al., 2020). Los *estereotipos* son creencias compartidas por la sociedad, corresponden con presunciones colectivas sobre un grupo que se utilizan para categorizarlo, y entre los cuales se encuentran, más atribuidos a los trastornos mentales graves, incompetencia, culpa de su trastorno, peligrosidad e impredecibilidad (Corrigan et al., 2014; Rüsçh et al., 2005). Los *prejuicios* aparecen cuando una persona está de acuerdo con esos estereotipos aprendidos, son respuestas cognitivas y afectivas ante los mismos, y generan discriminación y reacciones conductuales de hostilidad (Corrigan, 2000). Por último, la *discriminación* se define como aquellas conductas negativas dirigidas hacia el grupo social estigmatizado, con frecuencia medida a través de la distancia social (Corrigan & Watson, 2002).

En esta dirección, las personas con problemas de salud mental a menudo se consideran peligrosas e incapaces de recuperarse (Pescosolido, 2013). El estigma, siendo una marca sociocultural, determina estructuralmente y de manera permanente a una persona, definiéndola como distinta e inferior, y por tanto conlleva una serie de consecuencias negativas como exclusión, sanción, desprecio y violencia (Rüsçh et al., 2005). Este estigma tiene además otras consecuencias perjudiciales para las personas que lo sufren, por ejemplo, ven obstaculizado su acceso a servicios de salud, recibiendo una peor calidad de atención tanto mental como física (Clement et al., 2015). Además, esta discriminación genera autoestigma, o estigma internalizado, cuando la persona con un problema de salud mental hace suyas las creencias de la sociedad y se las aplica, desembocando en sentimientos de vergüenza, desesperanza y angustia intensificada (Corrigan et al., 2009; Boyd, Muñoz, et al., 2022). En definitiva, el estigma asociado a este colectivo minimiza sus oportunidades, agrava su sintomatología, dificulta su acceso a servicios y derechos básicos como la vivienda o el trabajo, y merma sus posibilidades de interacción con la sociedad.

Este proceso de estigmatización de las personas con problemas de salud mental tiene características diferenciales en cuanto a cuestiones de género. Tradicionalmente, las mujeres han sido discriminadas por cuestiones geográficas, comunitarias o religiosas, existiendo una brecha de género que media con el estigma interseccional. La hipótesis de la discriminación interseccional sugiere que distintas condiciones que pueden generar estigma interactúan entre sí, aumentando la discriminación del colectivo que lo sufre, conduciendo a resultados más negativos (Fredman, 2016). Como ejemplo de conjunción de condiciones estigmatizantes, se puede pensar en una mujer con un problema de salud mental, que además será discriminada en su contexto por el hecho de ser mujer, y de una religión distinta a la mayoritaria en la región. Esto tendría para ella consecuencias de

discriminación, pérdida de derechos, etc. En esta dirección, existen datos empíricos, recogidos en revisiones sistemáticas y meta-análisis, que apoyan estos planteamientos (Castaño et al., 2019; Trevillion et al. 2021; Oram et al., 2017). En estos estudios, que recogen la evidencia desarrollada hasta ahora sobre el tema, se encuentran datos como que existe una aparente apreciación de las mujeres como menos capaces en sus puestos de trabajo. Además, los estudios citados reflejan que aquellas mujeres que han sufrido violencia machista y abusos presentan mayor probabilidad de problemas de salud mental.

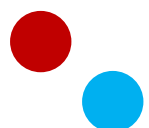
Teniendo en cuenta las consecuencias negativas del estigma, y su importancia a la hora de garantizar servicios de calidad para las personas con problemas de salud mental, el tema se ha estudiado desde diferentes puntos de vista. La existencia de estigma asociado a los problemas de salud mental se ha demostrado a lo largo del tiempo a través de distintos estudios. Actualmente, existen algunas encuestas internacionales sobre el estigma que sufren las personas con problemas de salud mental por parte de la sociedad, como el programa INDIGO (Thornicroft et al., 2019), y la Encuesta Mundial sobre Estigma en Enfermedad Mental (Seeman et al., 2016), que cuenta con datos recogidos en 229 países. A nivel nacional, se han hecho investigaciones de estigma social en salud mental en Australia (Groot et al., 2020), Suiza (Högberg et al., 2012), Reino Unido (Illic et al., 2014) o Argentina (Leiderman et al., 2011). En nuestro país existe una encuesta sobre estigma en salud mental a nivel autonómico en Cataluña (Aznar-Lou et al., 2016), cuyos resultados, aunque sugieren niveles de estigma similares o inferiores a los de otros países o estudios, en general continúan reportando actitudes autoritarias hacia las personas con problemas de salud mental. No se conoce, por tanto, ninguna encuesta sobre estigma en salud mental a nivel nacional en España.

Teniendo en cuenta la importancia y el impacto de los estudios mencionados, se debe señalar que ninguno de ellos incluye un planteamiento de género directamente en el diseño y desarrollo de la investigación, más allá de desagregar los análisis estadísticos teniendo en cuenta el género. En este sentido, por el momento no se conocen encuestas que incluyan el enfoque de género en los propios instrumentos de evaluación, ni se han realizado ajustes metodológicos más allá del análisis diferencial de los datos. Esto es, de forma tradicional los instrumentos utilizados para medir los niveles de estigma en la población no tienen un lenguaje inclusivo, sus enunciados suelen estar formulados en género masculino o, en todo caso, neutro. Nos preguntamos si, de este modo, se estarían abordando o no las diferencias de género a la hora de medir el estigma. Si preguntamos por la peligrosidad percibida de Elena en una viñeta que evalúa, por ejemplo, esquizofrenia, ¿los resultados serán iguales que si preguntamos por la peligrosidad percibida de Antonio? ¿Elena y Antonio recibirán de la población los mismos estereotipos y prejuicios, y sufrirán

las mismas conductas discriminatorias? Estas preguntas hacen por tanto necesario explicitar el género ya en los propios instrumentos de evaluación, para tratar de minimizar los sesgos que puedan acompañar a esta variable, ajustando los ítems para preguntar por “mujeres con...”, “varones con...”, “personas con...” etc.

El objetivo de la presente investigación es describir el estigma sufrido por las personas con problemas de salud mental en España, enfocando el estudio, como se ha comentado, desde un punto de vista de género. Además, uno de los puntos fuertes del trabajo es haber identificado temas de interés para las personas afectadas mediante una metodología cualitativa previa al desarrollo del cuestionario cuantitativo, en la que participaron personas con problemas de salud mental. Se presenta en esta memoria el desarrollo de la primera encuesta sobre estigma asociado a los problemas de salud mental en España, considerando el género en la definición de variables y problemas de estudio, en el muestreo, en el diseño de los instrumentos de medida, en el análisis estadístico y en la elaboración de conclusiones.

***El estigma es un constructo social que incluye actitudes, sentimientos, creencias y comportamientos que traen como consecuencia la discriminación hacia la persona estigmatizada, identificándola como distinta o inferior.***





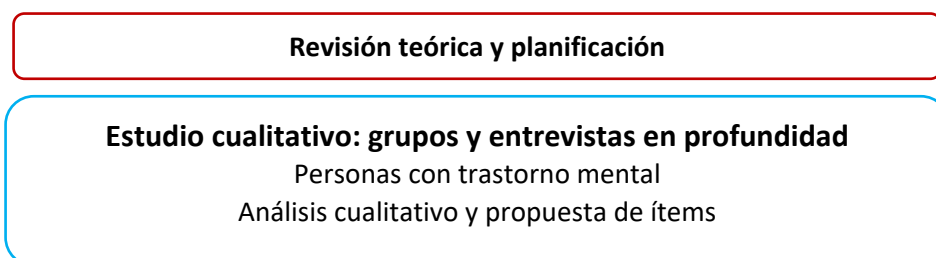
## 2. METODOLOGÍA

Esta memoria es parte del Estudio del estigma en la población española llevado a cabo por la Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el estigma. Estudio que analiza el estigma existente en la población española hacia las personas con problemas de salud mental, en situación sin hogar y con discapacidad intelectual (se puede ver un informe completo de la metodología seguida en Zamorano et al., 2022). A continuación, se analizan aquellos datos referidos al estigma hacia las personas con problemas de salud mental (los datos referidos a personas con en situación sin hogar y los de personas con discapacidad intelectual se presentan en las memorias correspondientes).

### 2.1. DISEÑO

Para alcanzar el objetivo planteado el estudio incluyó dos fases, una cualitativa y otra cuantitativa. La primera se realizó desde el mes de febrero hasta el mes de mayo de 2021, mientras que la segunda tuvo lugar desde el mes de mayo de 2021 hasta el mes de enero de 2022. Se diseñó un estudio con metodología mixta cualitativa y cuantitativa. El objetivo de dicho diseño es el de dar voz a las personas afectadas a través del estudio cualitativo, estudiando sus puntos de vista para introducirlos en el estudio cuantitativo junto a las escalas estandarizadas. Es decir, el análisis de los datos cualitativos recogidos sirvió para definir las variables incluidas en la fase cuantitativa, en la que se desarrolló una encuesta CAWI (Computer Assisted Web Interviewing) que se realizó a través de internet a una muestra representativa de la población española. En la figura 1 se puede ver el proceso seguido para realizar la investigación.

Figura 1. *Esquema del diseño y cronograma previsto*



## 2.2. ASPECTOS ÉTICOS Y DEONTOLÓGICOS

Todos los resultados obtenidos se tratan conforme al reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de protección de datos de carácter personal. En todas las evaluaciones tanto cuantitativas como cualitativas se provee información sobre el estudio y se solicita la firma del consentimiento informado.

### **Estudio cuantitativo: encuesta (CAWI)**

Diseño del cuestionario, selección y adaptación de instrumentos

Sociodemográficos

Estigma del Trastorno Mental

Versiones: masculina (varón) – femenina(mujer)

Muestra y trabajo de campo: N= 2.755 entrevistas

Análisis de datos

Elaboración de conclusiones

### **Difusión de resultados**

Social y Científica

Se asegura la confidencialidad de la información obtenida e identidad de los participantes en el estudio cualitativo. La participación en el estudio cuantitativo fue anónima. El estudio cuenta con la aprobación de la Comisión Deontológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (Ref. 2020/21-026) y está registrado en Clinical Trials con número de registro NCT05174962.

## 2.3. ESTUDIO CUALITATIVO: ESTUDIO DE GRUPOS Y ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

Para el procedimiento cualitativo, se examinaron las vivencias psicológicas relacionadas con el estigma de las personas con problemas de salud mental a través de personas usuarias de los centros:

- Centro de día de soporte social de Latina, de la Comunidad de Madrid y gestionado por Grupo 5.
- Centro de Rehabilitación Psicosocial de Latina, de la Comunidad de Madrid y gestionado por Grupo 5.

- Centro de día de soporte social (CD) Aranjuez, de la Comunidad de Madrid y gestionado por Grupo 5.
- Centro de Rehabilitación Laboral de Aranjuez, Comunidad de Madrid y Grupo 5.

Se realizó una recogida de datos mediante grupos de discusión y entrevistas en profundidad. El análisis del contenido de estos grupos de discusión y entrevistas se utilizó para la detección de variables importantes que más tarde se incluyeron en la encuesta cuantitativa. Se contó con la participación de personas que expusieron su experiencia directa con los problemas de salud mental, de acuerdo con el siguiente esquema:

Figura 2. *Esquema estudio cualitativo*

<b>Trastorno Mental</b>
Grupo de mujeres (8-12 personas). Grupo de varones (8-12 personas). 2-3 entrevistas a informantes clave.

- **Se llevaron a cabo 2 grupos de discusión en centros de atención de personas con problemas de salud mental de la Red Pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid y gestionados por Grupo 5.** Estos grupos de discusión fueron dirigidos por dos personas responsables de la investigación, con formación previa. Más allá de explicar la entrevista, se garantizaron elementos de seguridad y respeto por el tratamiento de los datos, y se creó un espacio de calma para predisponer al discurso. Para captar todos los matices posibles, una de estas personas pertenecía al ámbito universitario, y otra era profesional experimentado en trastorno mental. Ninguno de ellos conocía a los participantes antes de proceder con el trabajo de campo. Las personas pertenecientes al equipo investigador se personaron en los centros, explicaron las pruebas y solicitaron la participación a las personas integrantes de los grupos. Los grupos de discusión se llevaron a cabo durante, aproximadamente, una hora y media.
- **Se realizaron 2 entrevistas individuales que abordaron los mismos temas y tuvieron una duración aproximada de una hora.** El criterio de selección para las personas entrevistadas fue que, aun perteneciendo al mismo colectivo, presentasen características relevantes distintas a las personas participantes en los grupos de discusión, que pudiesen implicar diferentes matices en su percepción del estigma

(mayor edad, homosexualidad, transexualidad y estancia superior a 20 años en unidad hospitalaria).

Una vez transcrito de manera literal el contenido de estos grupos de discusión, se llevó a cabo un análisis temático que permitió identificar y extraer interpretaciones sobre el estigma en relación con cada una de las condiciones propuestas. Tres analistas independientes, expertos en el ámbito de cada colectivo, aplicaron un análisis temático sobre las transcripciones. Los resultados de los análisis y las categorías resultantes se pusieron en común en diferentes reuniones, con la supervisión y arbitraje de un cuarto investigador, que intercedió en caso de desacuerdo. La estrategia de evaluación de calidad de la información cualitativa que se emplea es la de triangulación metodológica, complementando en la medida de lo posible la información proveniente de los grupos de discusión con entrevistas y revisión bibliográfica. La estrategia seguida garantiza la inclusión de un enfoque desde el inicio del estudio que optimice la perspectiva de género.

## **2.4. ESTUDIO CUANTITATIVO: ENCUESTA SOBRE ESTIGMA EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA**

En el procedimiento cuantitativo, una vez conocidas las dimensiones y características del estigma percibidas por personas con problemas de salud mental, se elaboró un instrumento de evaluación cuantitativa que incluyó escalas estandarizadas y elementos para recoger las necesidades y experiencias actuales de las personas afectadas. La batería de ítems y pruebas fue pasada a una muestra con representación nacional por una empresa de estudios de mercado (Grupo Análisis e Investigación).

### **2.4.1. MUESTRA**

El tamaño muestral es de  $N = 2755$  personas. La muestra está compuesta por población general mayor de 18 años obtenida mediante metodología de panel de consumidores. Las condiciones de muestreo garantizan un nivel de confianza del 95,5 % y  $p=q=50\%$ , el error es de  $\pm 1,88\%$  para el total de la muestra, el  $\pm 10\%$  para las comunidades con 100 casos, el  $\pm 8,16\%$  para 150 casos y el  $\pm 5,76\%$  para 300 casos.

Para obtener una muestra representativa de la población española se incluyen cuotas por sexo y tramo de edad, así como datos por cada una de las 17 comunidades autónomas mediante afijación simple, asegurando un mínimo de 100 encuestas por comunidad autónoma para poder obtener lectura por cada una de ellas. Por otro lado, también permite



un análisis rural – urbano en el conjunto de la muestra y en las comunidades autónomas más pobladas.

### 2.4.2. PERSPECTIVA DE GÉNERO

Dado que uno de los objetivos principales del estudio es el mantener una perspectiva de género y analizar el estigma interseccional, se plantearon dos versiones del cuestionario: femenina y masculina. En los dos casos se modificó el lenguaje para hacer referencia a varón o mujer. Por ejemplo, se redactó todo el instrumento en femenino o masculino, modificando las viñetas del AQ-9 para que el personaje fuera mujer o varón. De este modo, el diseño propuesto permite conocer de forma más específica el estigma en cada una de las condiciones: primero, en función del género de quien cumplimenta la entrevista y, segundo, en función del género del sujeto por el que preguntan los ítems. Además, se incluyen preguntas extraídas de la investigación cualitativa, en la que se cuenta con el testimonio de mujeres que sufren estigma en los tres colectivos.

### 2.4.3. VARIABLES E INSTRUMENTOS

Para las diferentes variables de interés se proponen diferentes instrumentos de evaluación psicométrica estandarizados, con índices de fiabilidad y validez demostrada en estudios previos. En la tabla 1 se puede ver el resumen.

Tabla 1. *Variables medidas en los estudios e instrumentos utilizados*

VARIABLES MEDIDAS	INSTRUMENTOS
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	Preguntas sobre datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel de estudios, nivel económico, trabajo, etc.).
CONDICIONES PERSONALES DE SALUD MENTAL	Preguntas sobre trastorno mental. Preguntas sobre lenguaje estigmatizante.
USO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN	Preguntas sobre el uso habitual de medios de comunicación (radio, televisión, prensa, internet, etc.).
DISTANCIA SOCIAL	Preguntas sobre el grado de cercanía con el trastorno mental. Preguntas sobre opinión de servicios para este colectivo. Escala de Comportamientos Declarados y Previstos (Reported and Intended Behaviour Scale; RIBS; Evans-Lacko et al., 2011)

Variables medidas	Instrumentos
Actitudes hacia las personas con problemas de salud mental	Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental (Scale for Community Attitudes toward the Mentally Ill; CAMI; Taylor y Dear, 1981; Ochoa et al., 2016).  Cuestionario de Atribuciones (Attributional Questionnaire-9; AQ-9, Corrigan et al., 2014).
Revelación sobre problemas de salud mental	Pregunta sobre opinión y actitud sobre la revelación de problemas de salud mental, y la capacidad de hablar sobre ellos.
Variables extraídas de la investigación cualitativa	Ítems sobre aspectos esenciales del estigma destacados por las personas que participan en los grupos de discusión del estudio cualitativo.

**Datos sociodemográficos.** Se incluyen las principales variables sociodemográficas: edad; género; nivel de estudios; residencia; estado civil; hijos; lugar de nacimiento; situación laboral actual; tipo de trabajo a lo largo de la vida laboral; haber sido encargado de contratar personal laboral; ser propietario de una vivienda en alquiler; ingresos mensuales netos de la unidad familiar; creencias políticas personales.

**Datos relativos a la salud mental.** Para conocer si la persona encuestada se identifica con los problemas de salud mental se incluye una pregunta sobre contacto propio con esta condición. Además, para poder conocer más información sobre el uso del lenguaje en relación con los problemas de salud mental se incluye la siguiente pregunta abierta: *¿Qué palabras utiliza usted para referirse a las personas que tienen un trastorno mental?*

**Uso de medios de comunicación.** Se pregunta el uso habitual de medios de comunicación para mantenerse informado. Además, se pregunta: *Si una persona con trastorno mental comete un delito, ¿debe incluirse su condición a la hora de informar en los medios de comunicación?*

**Intención de distancia social.** Se analiza la intención futura de tener contacto con personas con problemas de salud mental mediante la Escala de Comportamientos Declarados y Previstos (Reported and Intended Behaviour Scale; RIBS) (Evans-Lacko et al., 2011). En este estudio se adapta la escala preguntando por futuras intenciones de vivir con, tener amistades o dejar que los hijos se relacionen con personas con trastorno mental (tipo Likert 1-5). Además, se incluye una pregunta sobre la opinión que merecen los servicios atencionales para personas con un diagnóstico de trastorno mental y la intención de distancia social de los mismos. La puntuación máxima es de 15 y la mínima de 5.

Puntuaciones superiores en la escala implican menor estigma conductual. Para facilitar la interpretación del cuestionario se han establecido puntos de corte del mismo indicando niveles de estigma bajos (puntuación media de 11-15); medios (puntuación media de 8-10); y altos (puntuación media de 3-7).

### **Actitudes hacia los problemas de salud mental.**

*Escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (Scale for Community Attitudes toward the Mentally Ill; CAMI):* se evalúan las actitudes hacia los trastornos mentales mediante la CAMI (Taylor & Dear, 1981) en su versión en castellano (Ochoa et al., 2016). En este caso se utilizó una versión de 12 ítems tipo Likert (1-5). La escala tiene cuatro dimensiones: restricción social (peligro para la sociedad y limitación tanto antes como después de la hospitalización de las personas con problemas de salud mental); autoritarismo (opiniones hacia las personas con problemas de salud mental como clase inferior); benevolencia (acogida hacia los pacientes situándose en el extremo una actitud paternalista); e ideología comunitaria (necesidad de inserción en la comunidad y sociedad en general). Las puntuaciones mínimas para restricción social y autoritarismo son 4, y las máximas 20, y una mayor puntuación indica mayor estigma. En el caso de benevolencia e ideología comunitaria de salud mental, la puntuación mínima es de 2 y la máxima de 10, y una mayor puntuación indica menor estigma. Para facilitar la interpretación del cuestionario se han establecido puntos de corte:

- Para autoritarismo y restricción social: niveles de estigma bajos (puntuación media de 4-9); medios (puntuación media de 10-14); y altos (puntuación media de 15-20).
- Para benevolencia e ideología comunitaria: niveles de estigma bajos (puntuación media de 7-10); medios (puntuación media de 6); y altos (puntuación media de 2-5).

Por otro lado, se redactan ítems diferenciales para las versiones masculina (*Ejem:* “Los varones con problemas de salud mental tienen algo que les hace distinguirse fácilmente de otras personas”) y femenina (*Ejem:* “Las mujeres con problemas de salud mental tienen algo que les hace distinguirse fácilmente de otras personas”).

*Cuestionario de atribuciones. (Attributional Questionnaire-9; AQ-9):* Se lleva a cabo la evaluación de las atribuciones sobre el estigma en los problemas de salud mental mediante el Cuestionario de Atribución-9 (Attribution Questionnaire-9) (AQ-9) (Corrigan et al., 2014). Es una versión reducida en castellano del Cuestionario de Atribución-27 (Corrigan et al., 2003), formada por 9 ítems en lugar de 27. Mediante la presentación inicial de un personaje ficticio en una viñeta se evalúan mediante ítems tipo Likert (1-9) 9 atribuciones estigmatizantes hacia las personas con problemas de salud mental: responsabilidad o culpa, ira o enfado, peligrosidad, miedo, ayuda, coacción, segregación, evitación y lástima o pena. Las puntuaciones mínimas para cada dimensión son de 1 y las máximas de 9. En la puntuación total la mínima es de 9 y la máxima de 81. Puntuaciones más elevadas revelan un mayor estigma. Para facilitar la interpretación del cuestionario se han establecido puntos de corte del mismo indicando niveles de estigma bajos (puntuación media de 9-36); medios (puntuación media de 37-53); y altos (puntuación media de 54-81).

*Del mismo modo,* se realizan viñetas diferenciales para las versiones masculina (*Ejem:* “José es un soltero de 30 años con esquizofrenia. A veces oye voces y se altera. Vive solo en un apartamento y trabaja como empleado en una gran firma de abogados. Ha sido hospitalizado seis veces a causa de su enfermedad”) y femenina (*Ejem:* “Marta es una soltera de 30 años con esquizofrenia. A veces oye voces y se altera. Vive sola en un apartamento y trabaja como empleada en una gran firma de abogados. Ha sido hospitalizada seis veces a causa de su enfermedad”).

**Revelación sobre los trastornos mentales.** Se pregunta sobre el comportamiento de revelación ante una condición sufrida por un familiar, amigo, conocido, etc. Además, se incluye la *pregunta ¿Cuándo he tenido un problema de salud mental, o si lo tuviera en el futuro, lo hablaría con...?*

**Preguntas derivadas de la fase cualitativa.** Se incluyen una serie de preguntas sobre aspectos esenciales del estigma destacados por las personas con problemas de salud mental que participan en los grupos de discusión del estudio cualitativo. Todas las respuestas a los ítems son tipo Likert (1 = totalmente de acuerdo y 5 = totalmente en desacuerdo). Un ejemplo de las preguntas puede ser: *Las mujeres con trastornos mentales pueden trabajar en cualquier puesto de trabajo de acuerdo con su formación y experiencia.*

#### 2.4.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se llevan a cabo estadísticos descriptivos de los datos sociodemográficos, datos relativos a los problemas de salud mental y uso de medios de comunicación, y revelación de los problemas de salud mental. En relación con las variables evaluadas mediante los cuestionarios de autoinforme como la intención de distancia social y las actitudes hacia los problemas de salud mental, se analizan los resultados en las versiones masculina y femenina, llevando a cabo estadísticos descriptivos, pruebas de diferencias de medias y análisis del tamaño del efecto de estas diferencias. Por otro lado, se llevan a cabo estadísticos descriptivos y pruebas de diferencias de medias en función de las distintas variables sociodemográficas<sup>1</sup>.

Para aquellas variables en las que se encuentran niveles significativos de estigma, se calcula el tamaño del efecto, mediante el estadístico  $d$  de Cohen para poder cuantificar en qué medida la relación entre las variables es relevante. La interpretación de este estadístico es la siguiente:

- $d$  de Cohen  $> 0,2$ : tamaño del efecto bajo. La relación entre las variables es poco relevante, a pesar de que las diferencias puedan ser estadísticamente significativas.
- $d$  de Cohen  $> 0,5$  tamaño del efecto medio. La relación entre las variables tiene una relevancia media.
- $d$  de Cohen  $> 0,8$  tamaño del efecto grande. La relación entre las variables es muy relevante.

En el caso de las ANOVAS, se realizan pruebas post hoc con el fin de detectar qué medias difieren entre sí en los grupos comparados. Con varianzas iguales se utiliza Scheffe, y con varianzas que no lo son, T3 de Dunnett. Para el tamaño del efecto, se ha calculado el estadístico eta cuadrado (el nivel máximo de este estadístico es 1 y suele considerarse que una eta cuadrada en torno a 0.01 es poco efecto, que una eta cuadrada en torno a 0.06 indica un efecto medio y que una eta cuadrada superior a 0.14 es un efecto grande).

---

<sup>1</sup> En el análisis en función del género cabe comentar que debido al número tan reducido de respuestas de género no binario ( $n = 9$ ) los análisis comparativos se llevan a cabo únicamente con el género varón y mujer.

En el análisis en función de la edad para facilitar la comparativa se han creado dos grupos de edad: jóvenes (18-44 años) y mayores ( $> 45$ ).

En los análisis en función del lugar de residencia se comparan el entorno rural (población menor a 30.000 habitantes) o urbano ( $> 30.000$  habitantes).



## 3.RESULTADOS

A continuación, se presentan los principales datos sociodemográficos, de lenguaje y medios de comunicación, distancia social, actitudes, atribuciones y revelación de los problemas de salud mental.

### 3.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA: VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

La muestra tiene una edad media de 46 años (de 18 a 89 años), con una ligera mayoría de mujeres (54.1%), personas casadas o que conviven con su pareja (63.9%) y con hijos (55.4%). Además, la mayoría manifestó tener estudios superiores (46.1% secundarios y 47.3% universitarios), estar trabajando en el momento de la evaluación (51.3% por cuenta ajena o 5.7% autónomos), con unos ingresos mensuales mayoritarios entre 500 y 2499 € (46,6%) y vivir en entornos urbanos (69.2%), principalmente en ciudades de gran tamaño (30.3% residen en ciudades de más de 100.000 habitantes y 18.6% en ciudades de más de 500.000).

Por otro lado, cabe destacar que la mayor parte de la muestra fue evaluada en la Comunidad de Madrid, Cataluña y la Comunidad Valenciana, así como Andalucía. En la tabla 2 y en la figura 3 se pueden observar en mayor detalle las características de la muestra.

Tabla 2. Características de la muestra (N = 2755)

Variable	N	%
<b>EDAD</b>		
De 18 a 19 años	32	1.2
De 20 a 24 años	228	8.3
De 25 a 34 años	470	17.1
De 35 a 44 años	587	21.3
De 45 a 54 años	595	21.6
De 55 a 64 años	433	15.7
65 y más años	410	14.9
<b>GÉNERO</b>		
Varón	1256	45.6

Variable	N	%
Mujer	1490	54.1
Otro	9	0.3

### NIVEL DE ESTUDIOS

Sin estudios	20	0.7
Elementales / Primarios /EGB	161	5.8
Bachillerato / Secundarios / BUP /ESO/FP	1270	46.1
Universitarios	1304	47.3

### ESTADO CIVIL

Soltero/a	740	26.9
Casado/a o conviviendo con su pareja	1761	63.9
Divorciado/a o separado/a	195	7.1
Viudo/a	59	2.1

### HIJOS/AS

No	1229	44.6
Si	1526	55.4

### RESIDENCIA

Ciudad de más de 500.000 habitantes	513	18.6
Ciudad entre 100.000 habitantes y 500.000 habitantes	835	30.3
Ciudad entre 20.000 y 100.000 habitantes	756	27.4
Localidad de menos de 20.000 habitantes	651	23.6

### ENTORNO DE RESIDENCIA

Rural (localidad de menos de 30.000 habitantes)	849	30.8
Urbano	1906	69.2

### SITUACIÓN LABORAL

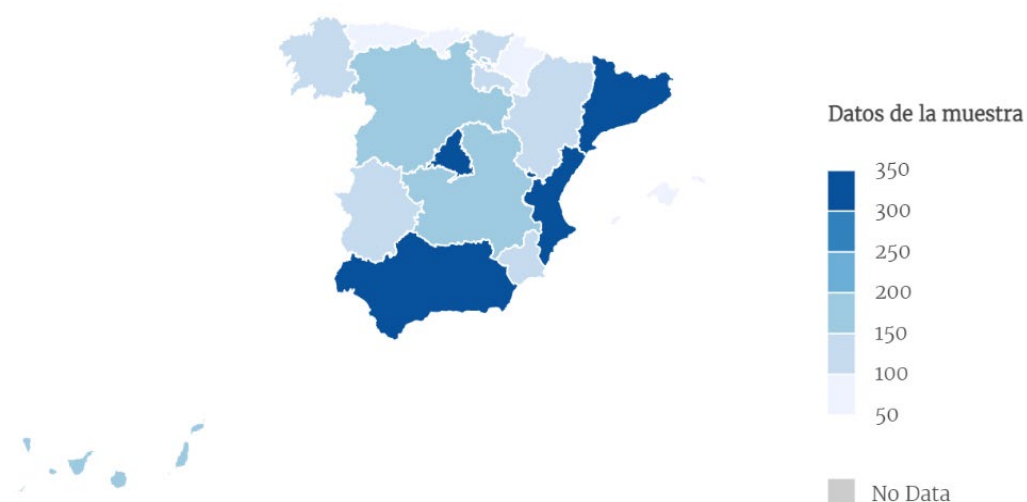


Variable	N	%
En paro	284	10.3
Trabajo doméstico no remunerado (tareas del hogar)	126	4.6
Estudiante	201	7.3
Jubilado/a	483	17.5
Trabajo por cuenta ajena	1414	51.3
Autónomo/a o empresario/a	156	5.7
Declaración de incapacidad permanente	71	2.5
Otros	20	1

### INGRESOS MENSUALES POR UNIDAD FAMILIAR

Menos de 500 €	98	3.6
Entre 500€ y 1499€	595	21.6
Entre 1500€ y 2499 €	690	25
Entre 2500€ y 2999€	335	12.2
Más de 3000€	424	15.4
No quiere responder	613	22.3

Figura 3. Mapa de España con la representación autonómica



### 3.2. CONTACTO CON LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

En este apartado se analiza el nivel de contacto que mantienen las personas entrevistadas con los problemas de salud mental. Cabe destacar que el 21% de las personas de la muestra han vivido la experiencia en primera persona de algún tipo de problema de salud mental y habían consultado en algún momento con un especialista por problemas de salud mental. Añadido a esto, más de la mitad también conocía a alguien con un problema de este tipo (64.10%). El porcentaje de personas que conviven o han convivido con una persona con problemas de salud mental es del 21.9%. En la Figura 4 y 5 pueden observarse estos resultados en mayor detalle.

Figura 4. Consulta con un especialista

He consultado con un especialista por problemas de salud mental

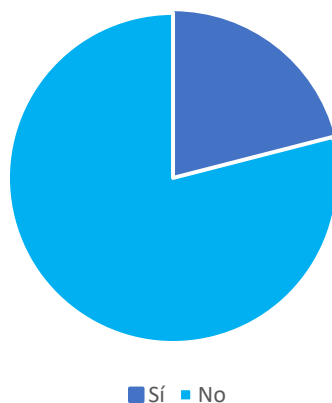
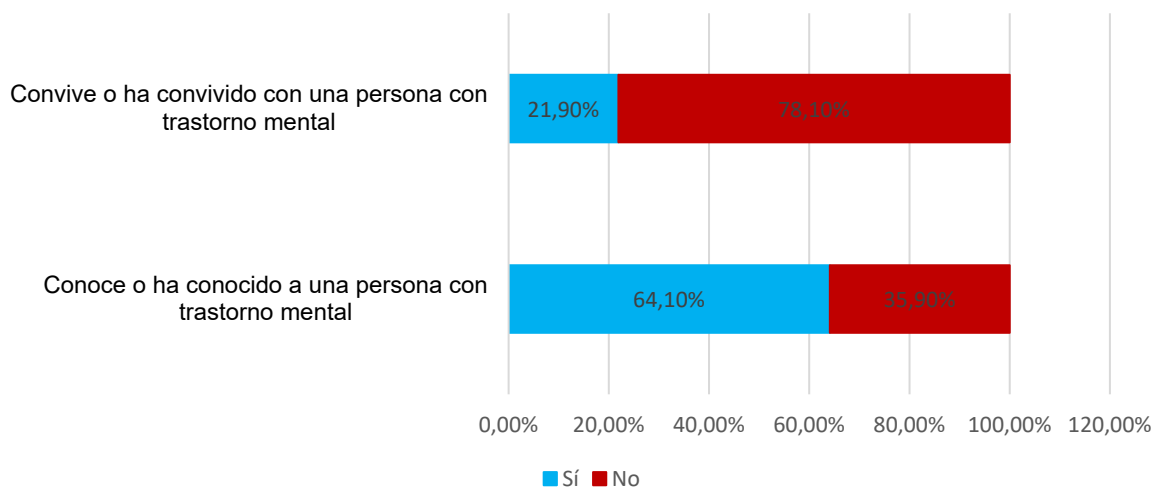


Figura 5. Contacto con los problemas de salud mental

Contacto con problemas de salud mental



### 3.3.1. REVELACIÓN DE LA SITUACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Para evaluar la conducta de revelación de los problemas de salud mental se incluyen las siguientes preguntas:

***¿Hablarías sobre los problemas de salud mental de una persona cercana a ti? (familiar, amistad, compañero/a, etc.)***

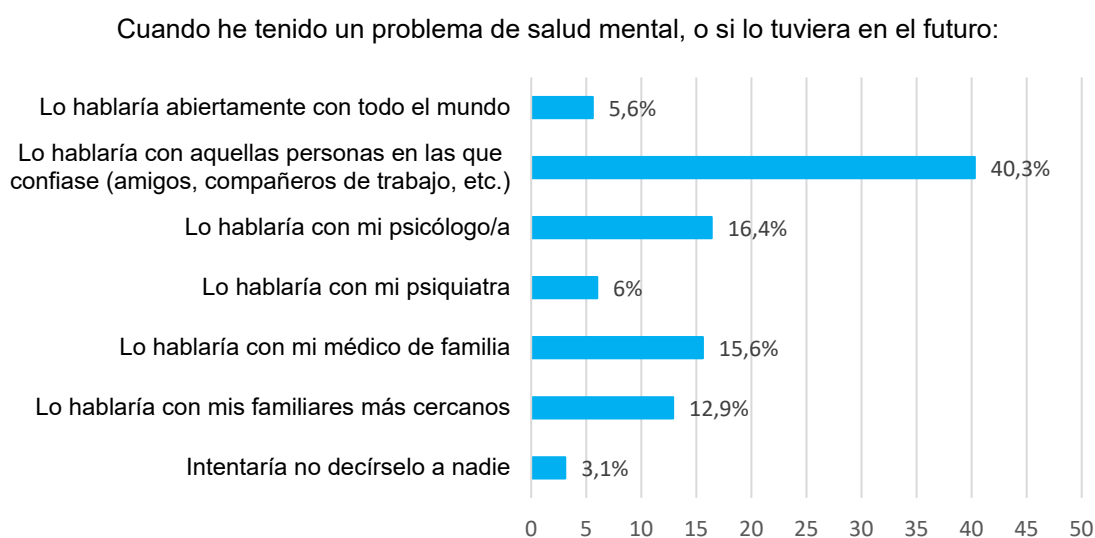
Los resultados señalan una predisposición elevada a hablar de este tipo de problemas, ya que el 96,5% de la muestra afirma que estaría dispuesta a hablar de los problemas de salud mental de una persona cercana con esa persona.

Se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres en el ítem: "Si una persona cercana (familiar, amistad, compañera) tuviera un problema de salud mental, lo hablaría con él/ella" ( $F = 17.380$ ,  $t = 3.667$ ,  $p < .001$ ), con mayor disposición a hablar para las mujeres.

***¿Cuando he tenido un problema de salud mental, o si lo tuviera en el futuro, lo hablaría con...?***

En el caso de hablar de un problema de salud mental propio, la muestra tendió a responder que lo hablarían sobre todo con personas en las que confiaran (como amigos/as, compañeros/as de trabajo, etc.). Después, la respuesta más numerosa fue la de hablarlo con su psicólogo/a. En la figura 6 se pueden ver los porcentajes de respuestas.

**Figura 6. Revelación de los problemas de salud mental**



### 3.4. LENGUAJE Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Sin duda, el lenguaje es un marcador de la consideración social de las personas con problemas de salud mental. En este apartado se exponen los resultados relativos al lenguaje utilizado por la sociedad. Además, se dan datos del tratamiento de algunas cuestiones en relación con la salud mental en los medios de comunicación.

#### 3.4.1. PALABRAS MÁS EMPLEADAS

Las palabras más frecuentemente empleadas para definir a una persona con problemas de salud mental son “Deficientes/discapacitados mentales/incapacitados mentales/” (17.4%) seguidas de “enfermos” (14%) o bien “locos/dementes/zumbados/mal de la cabeza” (10.6%). Otras palabras más adecuadas, como “persona con problemas psicológicos” son menos utilizadas (6.3%). En la tabla 3 pueden observarse las palabras utilizadas.

*Tabla 3. Palabras utilizadas por la población española como primera opción para definir a personas con problemas de salud mental (N = 2755)*

Variable	N total	% total
Deficientes / Discapacitados mentales / Incapacitados mentales / Retrasados	478	14.9
Enfermos	386	14
Locos / Dementes / Zumbados / Mal de la cabeza	292	10.6
Enfermos mentales	260	9.5
Trastornados / Trastornos mentales	225	8.2
Con problemas / Problemas mentales / psicológicos	174	6.3
Depresivos / Depresión / Deprimidos	150	5.5
Otros	790	28.5

#### 3.4.2. INFORMACIÓN EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

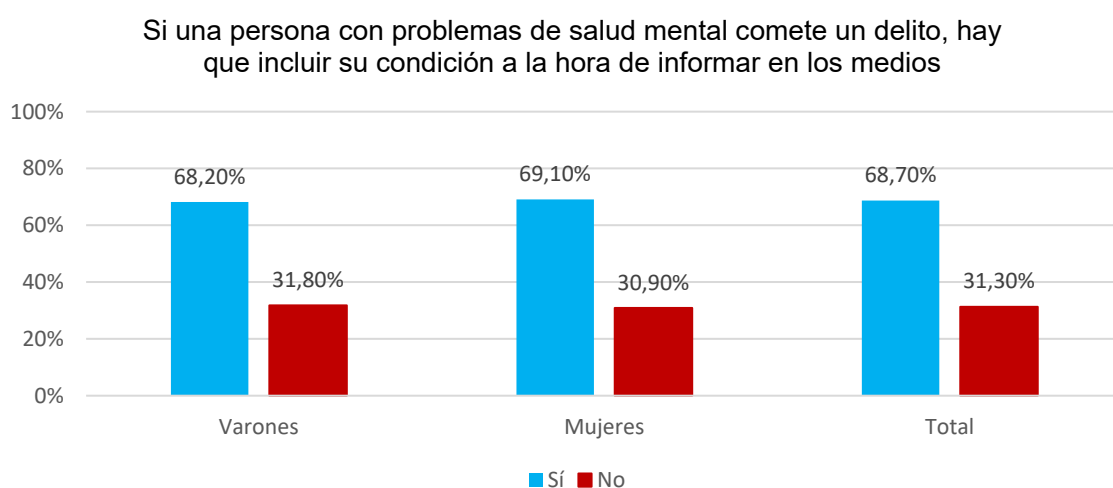
En este estudio, se planteó a la muestra una pregunta sobre la necesidad de informar en los medios de comunicación de los problemas de salud mental de una persona que comete

un delito. Además, se preguntó por la necesidad de dar más información sobre la salud mental.

**¿Si una persona con trastorno mental comete un delito, hay que incluir su condición a la hora de informar en los medios?**

La mayoría de las personas considera que sí es necesario informar de la presencia de problemas de salud mental cuando una persona ha cometido un delito (68.7%), opinando de forma similar tanto los hombres como las mujeres ( $p > .05$ ). En la figura 7 se pueden observar los resultados de esta cuestión.

**Figura 7. Inclusión de problemas de salud mental para informar de un delito en los medios**

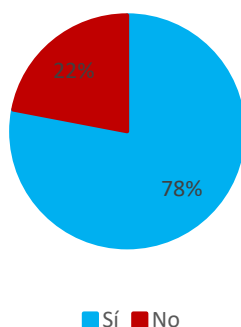


**Debería darse más información sobre la salud mental (por ejemplo, campañas informativas, que se explicase en los colegios, etc.).**

La mayoría de la población respondió de forma afirmativa, demandando más información sobre la salud mental (78%). Se pueden observar los datos en la figura 8.

Figura 8. Necesidad de información sobre salud mental

Debería darse más información sobre la salud mental



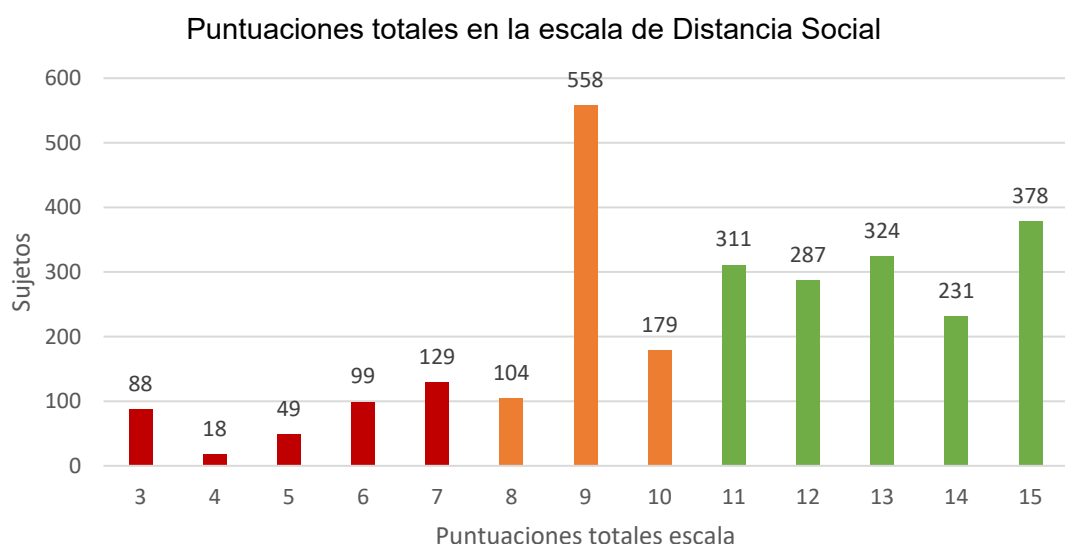
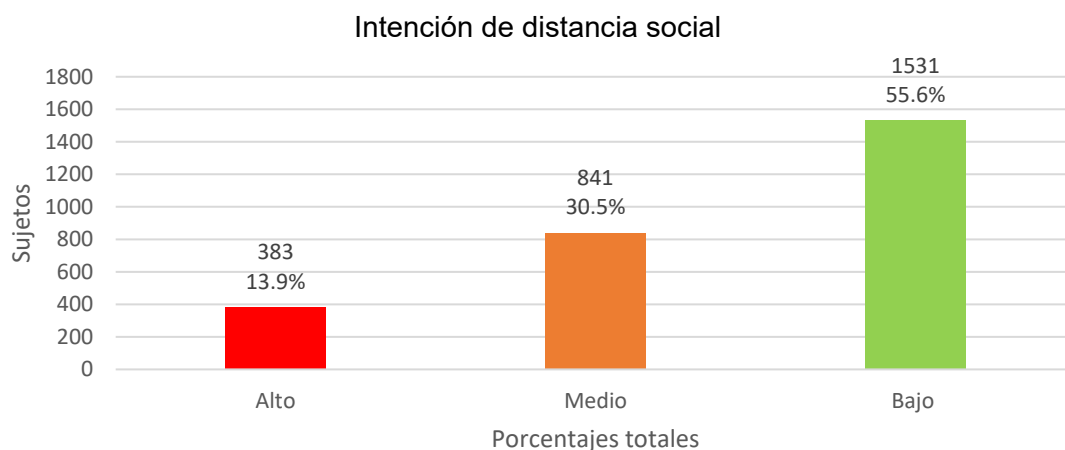
### 3.5. DISTANCIA SOCIAL

En este apartado se analiza la distancia social que a las personas entrevistadas les gustaría mantener respecto a las personas con un problema de salud mental. Se analizan las diferencias en función de la versión masculina o femenina de los cuestionarios. Posteriormente se muestra la distancia social deseada ante los servicios de salud mental.

#### 3.5.1. ¿QUÉ CONTACTO ESTARÍA DISPUESTO A TENER CON PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL?

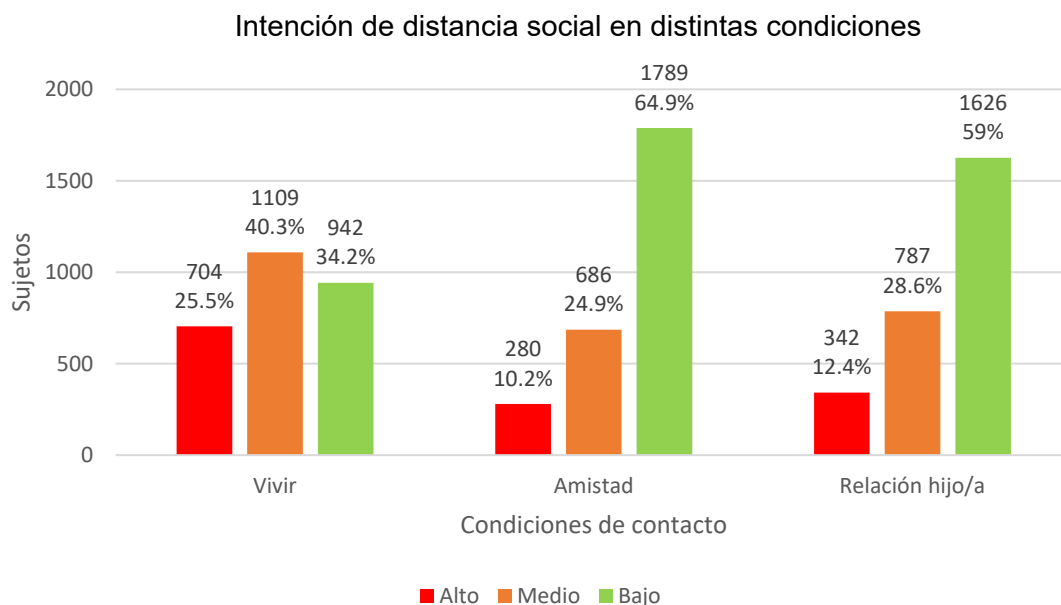
La puntuación media obtenida en la escala revela niveles de estigma medios ( $M = 10.78$ ). De forma más detallada, los resultados muestran que el 30.5% de las personas revelaron una intención de distancia social media (con puntuación media entre 8-10), con un porcentaje menor de la muestra, el 13.9%, mostrando una intención de distancia social elevada (con puntuación media entre 3-7). En la figura 9 pueden observarse los resultados en detalle.

Figura 9. Resultados en los niveles de intención de distancia social hacia las personas con problemas de salud mental. Escala de Distancia Social



En relación con las distintas posibilidades de contacto planteadas, los resultados muestran que la máxima intención de distancia social la encontramos en el planteamiento futuro de vivir con una persona con problemas de salud mental ( $M = 3.1$ ), seguido de que los hijos/as mantengan relaciones con personas de esta condición ( $M = 3.75$ ) y finalmente la posibilidad de mantener una amistad con una persona con problemas de salud mental ( $M = 3.9$ ). En concreto el 25% de la muestra revela un rechazo elevado a la posibilidad de vivir con una persona con problema de salud mental, mientras que el 40.3% de la muestra mostró un rechazo medio. En cuanto a las posibilidades de amistad y que sus hijos/as se relacionen, el rechazo elevado se encuentra en un 10-12% de los casos, y el rechazo intermedio entre el 25% y el 29%. En la figura 10 pueden observarse estos resultados en mayor detalle.

Figura 10. Resultados en las distintas condiciones planteadas sobre la intención de distancia social hacia los problemas de salud mental. Escala de Distancia Social

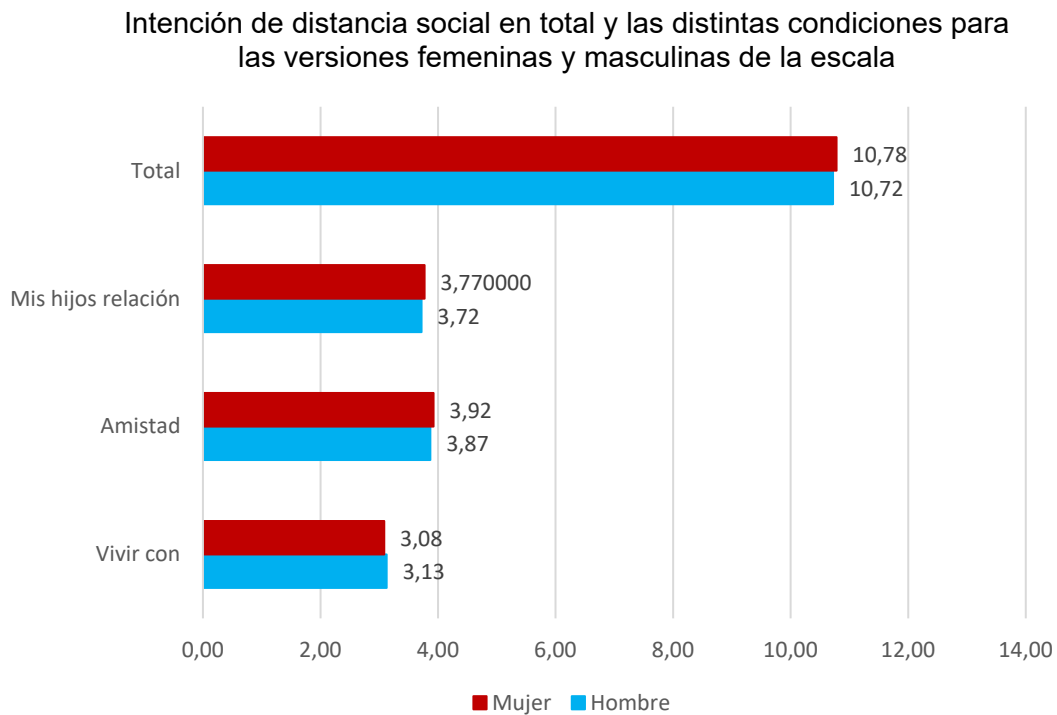


### 3.5.2. DISTANCIA SOCIAL EN LOS CUESTIONARIOS MASCULINOS Y FEMENINOS

Como se ha comentado en la metodología, para conocer si existe un nivel diferencial de estigmatización hacia los hombres y las mujeres, se hicieron versiones femeninas (todo el lenguaje en el cuestionario se refiere a una mujer) y masculinas (todo el lenguaje en el cuestionario se refiere a un hombre) de los cuestionarios. En este caso, no se encuentran diferencias significativas en cuanto a la intención de distancia social hacia mujeres u hombres en la puntuación total de la escala ( $t = -0.485$ ,  $p = .628$ ). Los niveles de estigma de la muestra total, en este caso, son medios (medias de 8 a 10). Los datos pueden verse en la figura 11.



Figura 11. Resultados en la intención de distancia social para la versión femenina y masculina de la Escala de Distancia Social

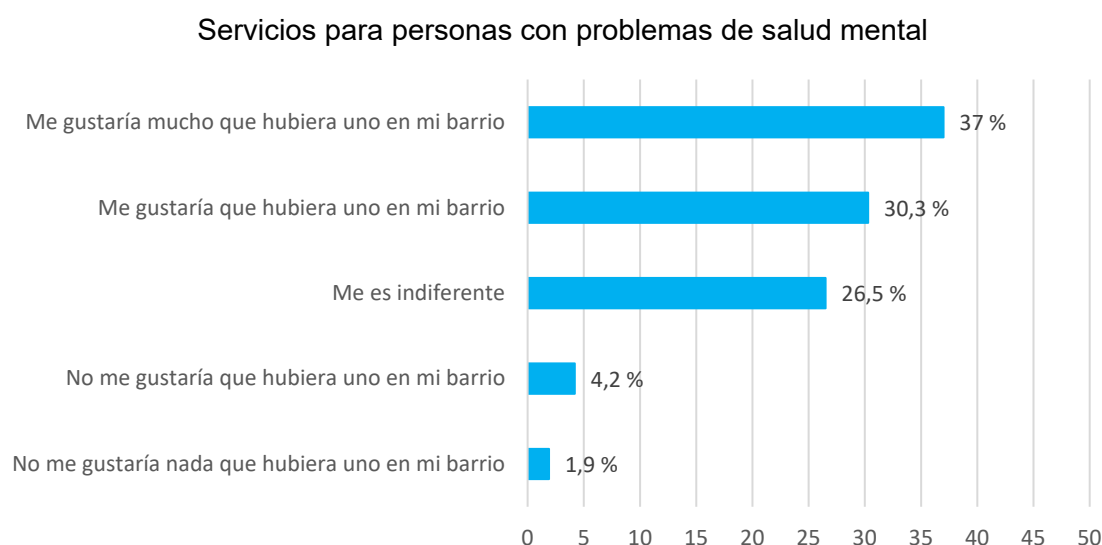


### 3.5.3 DISTANCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

***¿Te gustaría que en tu barrio hubiese un servicio para personas con problemas de salud mental?***

En general las opiniones sobre la posibilidad de tener un servicio específico para personas con problemas de salud mental son positivas. Sin embargo, un 6.1% de la muestra rechaza tener recursos en su barrio para personas con problemas de salud mental. En la figura 12 puede verse la representación gráfica.

Figura 12. *Opiniones sobre servicios para personas con problemas de salud mental*



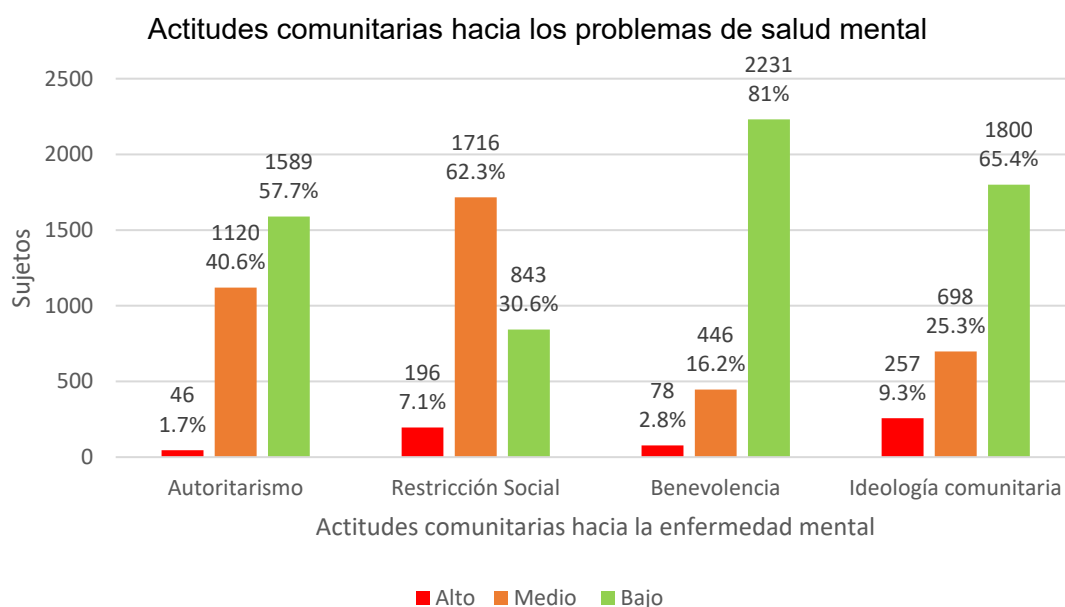
### 3.6. ACTITUDES HACIA LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Se evaluaron las distintas actitudes hacia las personas con problemas de salud mental, así como las atribuciones estigmatizantes más frecuentes. De nuevo se analizan las diferencias en función de la versión masculina o femenina de los cuestionarios.

#### 3.1.1. ACTITUDES HACIA LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL: TOTALES (CAMI Y AQ-9)

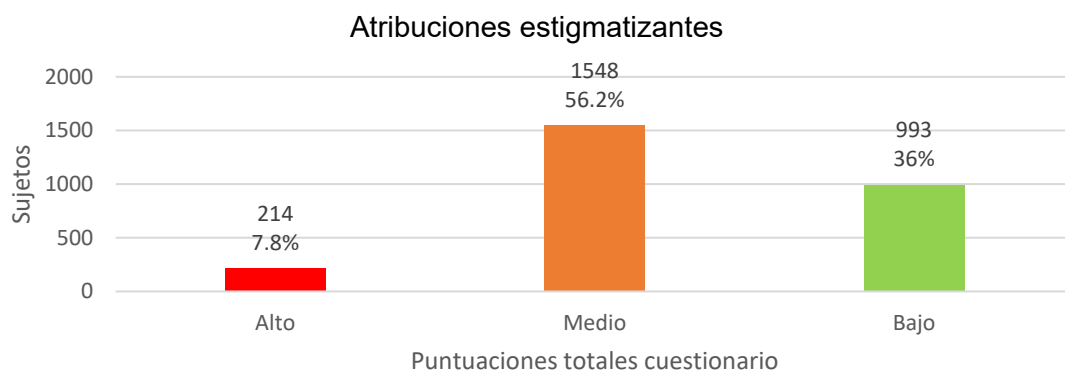
Los resultados en la escala CAMI (Taylor & Dear, 1981; Ochoa et al., 2016) muestran que las actitudes hacia la salud mental son positivas en cuanto a la benevolencia (con un 81% de la muestra con puntuaciones que indican bajo estigma, con medias de 7 a 10) y aceptación de la ideología comunitaria en el abordaje de los problemas de salud mental (65.4% de estigma bajo, con medias de 7 a 10). Sin embargo, se observa un nivel medio de estigmatización en relación con las creencias de restricción social, donde el porcentaje de personas encuestadas que dieron respuestas de estigma medio supera el 60% (con medias de 10 a 14). Respecto al autoritarismo hacia las personas con problemas de salud mental, aunque el porcentaje más elevado corresponde a un estigma bajo (57.7%, con medias de 4 a 9), el porcentaje de estigma medio alcanza el 40% (con medias de 10 a 14). Sobre las puntuaciones que indican estigma alto, las más elevadas se encuentran en valores entre el 7.1% y el 9.3% en restricción social (con medias de 15 a 20) e ideología comunitaria (con medias de 2 a 5). En la figura 13 pueden verse los resultados.

Figura 13. Resultados en los niveles de estigmatización en las atribuciones sobre los problemas de salud mental. Cuestionario CAMI



Por otra parte, se llevó a cabo el estudio de las principales atribuciones estigmatizantes hacia los problemas de salud mental mediante el *Attributional Questionnaire-9* (AQ-9; Corrigan et al., 2014). La puntuación media total en el cuestionario fue de  $M = 40$ , revelando atribuciones estigmatizantes medias. De forma más detallada, los resultados muestran que el 7.8% de la muestra manifiesta niveles elevados de estigma en sus atribuciones (con media de 54 a 81), mientras que el 56.2% de la muestra mostraba niveles medios (con media de 37 a 53). En la figura 14 se observan los resultados comentados en mayor detalle.

Figura 14. Resultados en los niveles de estigmatización en las atribuciones sobre los problemas de salud mental. Cuestionario AQ-9



En relación con las atribuciones concretas, los resultados revelan que las principales atribuciones estigmatizantes hacen referencia a creencias sobre coacción y necesidad de ayuda de las personas con problemas de salud mental, seguidas por creencias atribuciones de pena y peligrosidad de estas personas. Además, cabe comentar que, aunque en general las atribuciones tienen unos niveles de estigmatización medios, en ciertas atribuciones específicas se encuentran niveles elevados como por ejemplo en atribuciones de pena, donde el 56.2% de la muestra revela niveles elevados de estigma; en atribuciones de ayuda con un 69.6%; y en las de coacción con un 66.7% de las personas evaluadas mostrando elevada estigmatización en sus atribuciones. En la figura 15 se pueden observar las puntuaciones medias por ítem en las atribuciones evaluadas y en la figura 16 se encuentran los niveles de estigmatización para cada atribución.

**Figura 15. Resultados en atribuciones específicas. Cuestionario AQ-9**

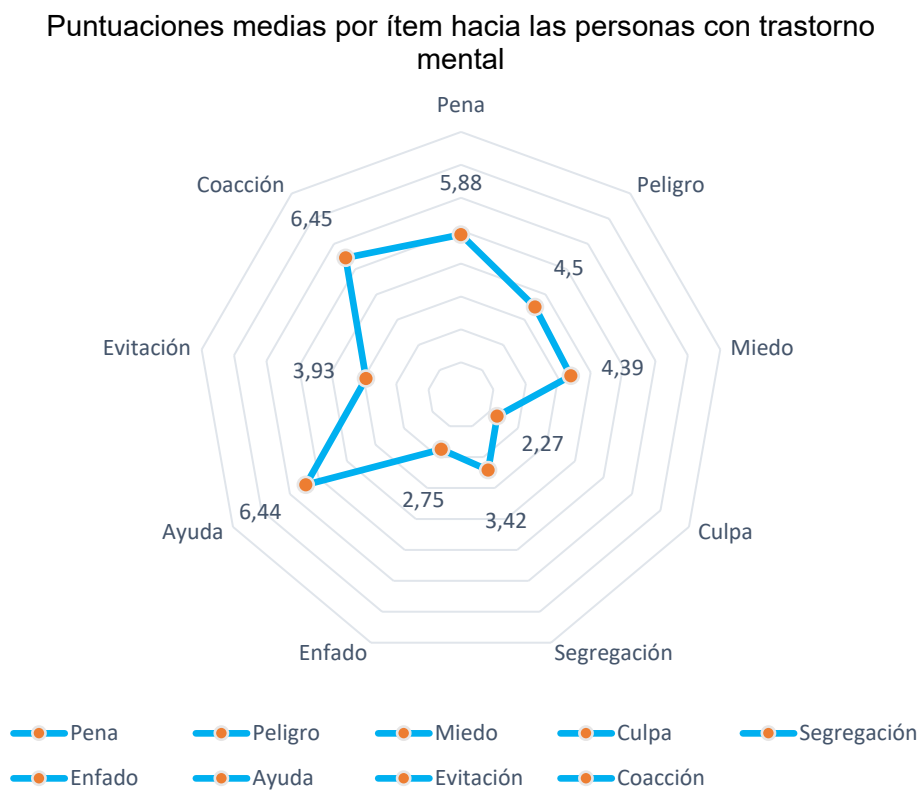
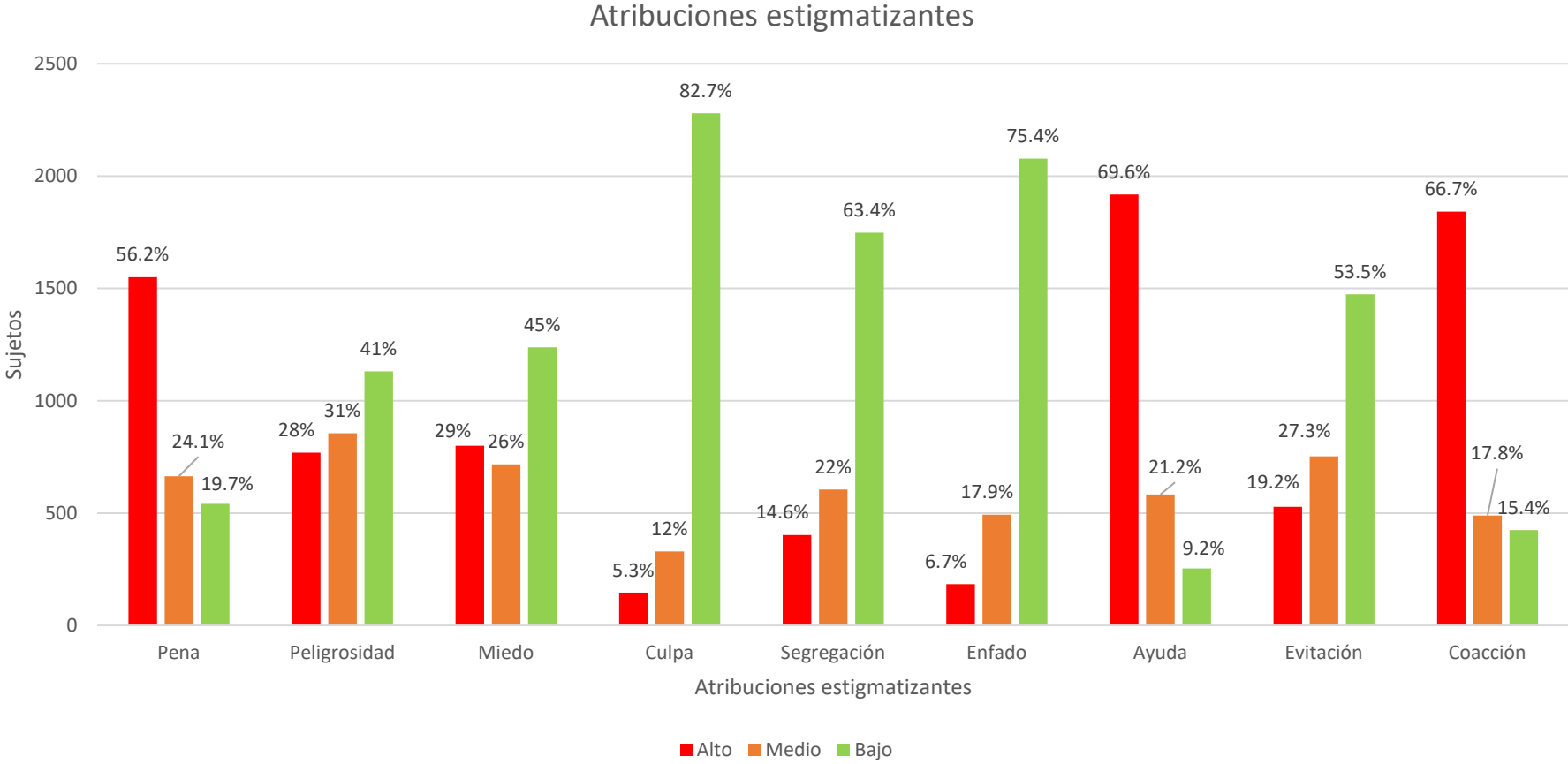


Figura 16. Resultados en niveles de estigmatización en atribuciones específicas sobre los problemas de salud mental. Cuestionario AQ-9

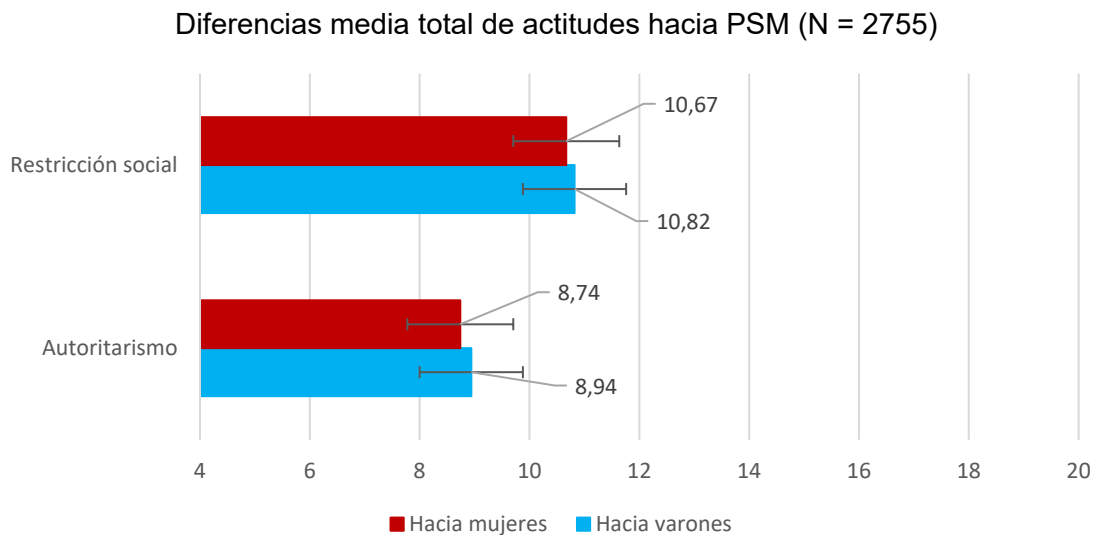


### 3.6.1. ACTITUDES HACIA LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL PARA LOS CUESTIONARIOS MASCULINOS Y FEMENINOS

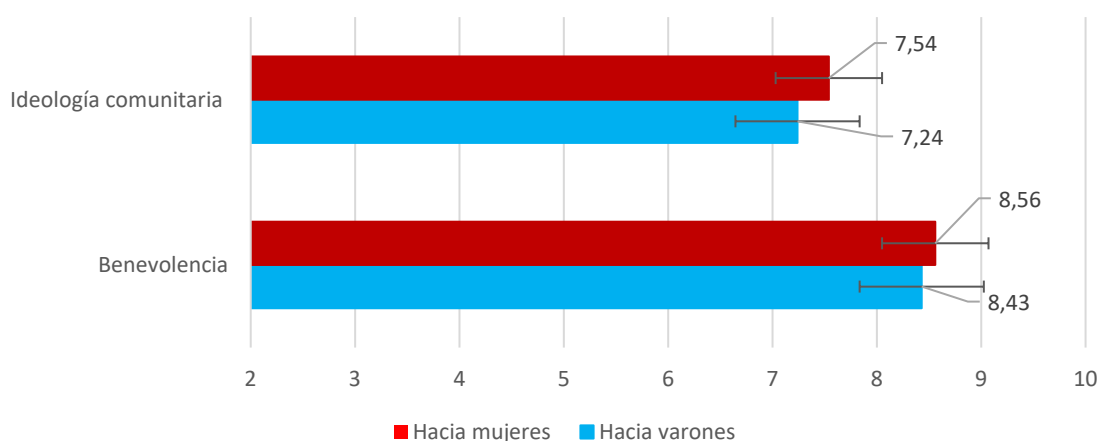
En cuanto a las actitudes de la población en función del género de quien lo sufre (hombres frente a mujeres), se analizan las respuestas a los dos cuestionarios empleados (CAMI y AQ-9) en sus versiones masculina y femenina.

Respecto a las actitudes, no se encuentran diferencias significativas entre si la persona con problemas de salud mental es un hombre o una mujer en autoritarismo ( $t = 1.765$ ,  $p = .078$ ) o restricción social ( $t = 1.351$ ,  $p = .117$ ). Sí se encuentran diferencias significativas en benevolencia ( $t = -2.075$ ,  $p = .038$ ) e ideología comunitaria de salud mental ( $t = -4.607$ ,  $p < .001$ ), con puntuaciones que indican mayor estigma cuando la persona con problemas de salud mental es un hombre. No obstante, las puntuaciones medias para ambos grupos muestran estigma bajo en autoritarismo (con medias de 4 a 9), benevolencia e ideología comunitaria (con medias 7 a 10), y estigma medio para restricción social (con medias de 10 a 14). En la figura 17 se pueden ver las puntuaciones medias totales respecto a hombres y mujeres con problemas de salud mental en las cuatro dimensiones evaluadas.

Figura 17. Diferencias de media entre actitudes hacia hombres y mujeres con problemas de salud mental (CAMI)



Diferencias media total de actitudes hacia PSM (N = 2755)



En el caso de la escala CAMI, las diferencias significativas se encuentran en benevolencia y en ideología comunitaria. En la tabla 4 se presentan los resultados de las diferencias de medias estadísticamente significativas y el tamaño del efecto sobre las actitudes hacia hombres frente a mujeres con problemas de salud mental, evaluadas con el CAMI. Para analizar estos resultados, hay que tener en cuenta que, en estas dos escalas, mayores puntuaciones indican menor estigma, encontrando que son los hombres con problemas de salud mental los que sufren una mayor discriminación en estas dos dimensiones, aunque el efecto de esta variable no parece relevante, encontrando tamaños del efecto muy bajos ( $d$  de Cohen= 0.18).

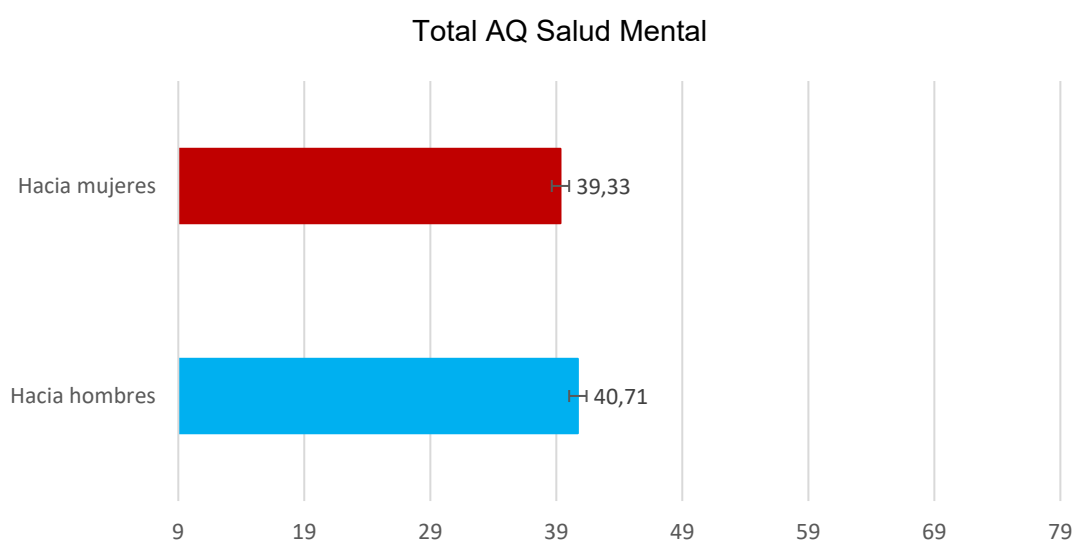
**Tabla 4. Diferencia de medias y tamaño del efecto sobre las actitudes hacia hombres frente a mujeres con problemas de salud mental (CAMI)**

Variable	Media hacia hombres (dt)	Media hacia mujeres (dt)	T de Student	p valor	d de Cohen
Benevolencia	8.43 (1.64)	8.56 (1.62)	-2.075	.038	0.08
Ideología comunitaria	7.24 (1.65)	7.54 (1.61)	-4.607	< .001	0.18

$d$  de Cohen >0,2 tamaño del efecto bajo; >0,5 tamaño del efecto medio; >0,8 tamaño del efecto grande.

En relación con los cuestionarios formulados en masculino y femenino sobre las atribuciones estigmatizantes (AQ-9), las puntuaciones de la muestra reflejan niveles de estigma medios (medias de 37 a 53). La media del cuestionario masculino fue ligeramente superior, aunque significativa, a la media encontrada en el cuestionario formulado en femenino ( $t = 3.392$   $p < .001$ ), indicando un mayor estigma hacia los hombres en la puntuación total del cuestionario. En la figura 18 se pueden observar los resultados en detalle.

**Figura 18. Resultados en las atribuciones estigmatizantes en los cuestionarios formulados en masculino y femenino. Cuestionario AQ-9**



En cuanto a las dimensiones concretas se encontraron diferencias en: ayuda ( $t = -3.536$   $p < .001$ ), con puntuaciones más estigmatizantes en el cuestionario acerca de las mujeres con trastorno mental; y en las de peligrosidad ( $t = 4.004$   $p < .001$ ); miedo ( $t = 4.165$   $p < .001$ ); culpa ( $t = 2.096$   $p = .036$ ); evitación ( $t = 4.024$   $p < .001$ ); y coacción ( $t = 2.695$   $p = .007$ ) en el cuestionario acerca de los hombres con trastorno mental.

En la Tabla 5, se presentan los resultados acerca de las diferencias de medias estadísticamente significativas y el tamaño del efecto sobre las atribuciones hacia hombres con problemas de salud mental frente a mujeres, evaluadas con el AQ-9. Como puede verse, tanto en la puntuación total de la escala, como en las atribuciones de peligrosidad, miedo, culpa, evitación y coacción, existe una tendencia a estigmatizar más a los hombres; mientras que este estigma es mayor para las mujeres en la atribución de ayuda. No obstante, en todos los casos se encuentran medidas del tamaño del efecto muy bajas, indicando una escasa relación entre las respuestas al cuestionario



y el hecho de que éste se refiriera a un hombre o una mujer con trastorno mental, respectivamente.

**Tabla 5. Diferencia de medias y tamaño del efecto sobre atribuciones hacia hombres frente a mujeres con problemas de salud mental (AQ-9)**

Variable	Media hacia hombres (dt)	Media hacia mujeres (dt)	T de Student	p valor	d de Cohen
Total	40.71 (10.12)	39.33 (10.05)	3.392	p < .001	0.14
PELIGROSIDAD	4.66 (1.91)	4.35 (1.89)	4.004	p < .001	0.16
MIEDO	4.57 (2.05)	4.22 (2.06)	4.165	p < .001	0.17
CULPA	2.33 (1.81)	2.18 (1.73)	2.096	p = .036	0.08
AYUDA	6.32 (1.76)	6.57 (1.71)	-3.536	p < .001	0.14
EVITACIÓN	4.10 (2.08)	3.76 (2.06)	4.024	p < .001	0.16
COACCIÓN	6.58 (2.13)	6.35 (2.19)	2.695	p = .007	0.11

d de Cohen >0,2 tamaño del efecto bajo; >0,5 tamaño del efecto medio; >0,8 tamaño del efecto grande.

### 3.7. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ESTIGMA

En los siguientes puntos se analiza el papel que pueden jugar algunas otras de las principales variables sociodemográficas en el estigma hacia las personas con trastornos mentales en nuestro país. En concreto, se analiza el papel del género, la edad, los estudios, la profesión, el lugar de residencia rural o urbano, la experiencia en primera persona de los problemas de salud mental, la convivencia con personas con trastorno mental y el conocimiento de personas próximas (familiares, amigos-as, compañeros-as) con problemas de salud mental.

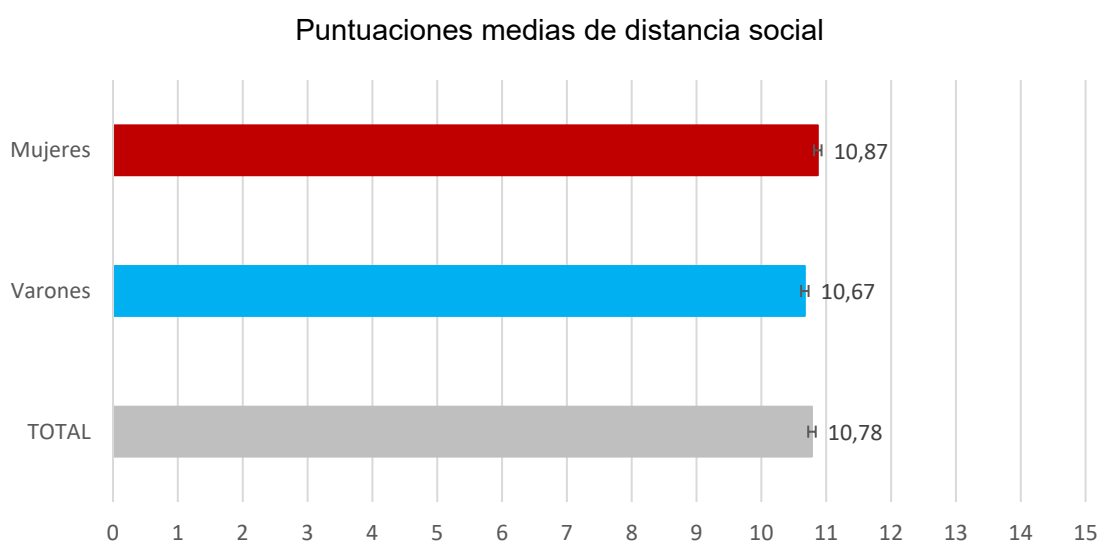
#### 3.7.1. GÉNERO

Además del análisis en función del género en el que estaba redactado el cuestionario, se llevan a cabo análisis descriptivos y diferencias en función de las respuestas emitidas por los varones y las mujeres en las puntuaciones totales de los distintos cuestionarios.

#### Distancia social

Tanto hombres como mujeres muestran un nivel medio de intención de distancia social hacia las personas con problemas de salud mental (con medias de 8 a 10). No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones medias entre hombres y mujeres ( $t = -1.704, p = .088$ ). Los datos pueden observarse en la figura 19.

Figura 19. Resultados en intención de distancia social para hombres y mujeres



## Actitudes hacia las personas con problemas de salud mental

En cuanto a las diferencias según el género, medidas con la escala CAMI, tanto hombres como mujeres muestran puntuaciones de estigma bajo en autoritarismo (con medias de 4 a 9), benevolencia e ideología comunitaria (con medias de 7 a 10), y de estigma medio en restricción social (con medias de 10 a 14). Se encuentran datos que apuntan a que los hombres son significativamente más autoritarios ( $t = 4.947$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.19) pero con mayor ideología comunitaria de salud mental ( $t = 2.390$ ,  $p = .017$ ,  $d$  de Cohen= 0.09), mientras que las mujeres son más benevolentes ( $t = -3.417$ ,  $p = .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.13). No obstante, la relación entre el género de la persona que responde y las actitudes hacia los problemas de salud mental que evalúa esta escala es escasa. No se encontraron otras diferencias significativas. En la tabla 6 pueden observarse los resultados.

Tabla 6. *Diferencias entre hombres y mujeres en actitudes hacia personas con problemas de salud mental (escala CAMI)*

Variable	Media varones (dt)	Media mujeres (dt)	t	p	d de Cohen
Autoritarismo	9.09 (2.92)	8.54 (2.87)	4.947	< .001	0.19
Restricción social	10.79 (2.81)	10.62 (2.88)	1.559	.119	0.06
Benevolencia	8.41 (1.67)	8.62 (1.58)	-3.417	.001	0.13
Ideología Comunitaria	7.51 (1.68)	7.36 (1.60)	2.390	.017	0.09

$d$  de Cohen >0,2 tamaño del efecto bajo; >0,5 tamaño del efecto medio; >0,8 tamaño del efecto grande.

En cuanto a los resultados en función del género para las atribuciones estigmatizantes de la escala AQ-9, ambos grupos reflejan niveles de estigma medios (medias de 37 a 53). Las mujeres presentan un mayor estigma en la escala total revelando mayores niveles de atribuciones estigmatizantes, que resultan significativos ( $t = -2.551$ ,  $p = .011$ ,  $d$  de Cohen= 0.1). En cuanto a las atribuciones específicas, las mujeres dan respuestas significativamente más estigmatizantes que los hombres en pena ( $t = -2.370$ ,  $p = .018$ ,  $d$  de Cohen= 0.09), peligrosidad ( $t = -4.932$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.19), miedo ( $t = -6.489$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.25) y coacción ( $t = -2.132$ ,  $p = .033$ ,  $d$  de Cohen= 0.08). A pesar de que el tamaño del efecto es pequeño en todas estas comparaciones, revelando una relación leve entre las variables, existe una tendencia hacia un mayor

estigma en las mujeres que debe ser tenido en cuenta. En las figuras 20 y 21 se pueden ver las puntuaciones medias totales y de hombres y mujeres.

Figura 20. Resultados en las atribuciones estigmatizantes en función del género. Cuestionario AQ-9

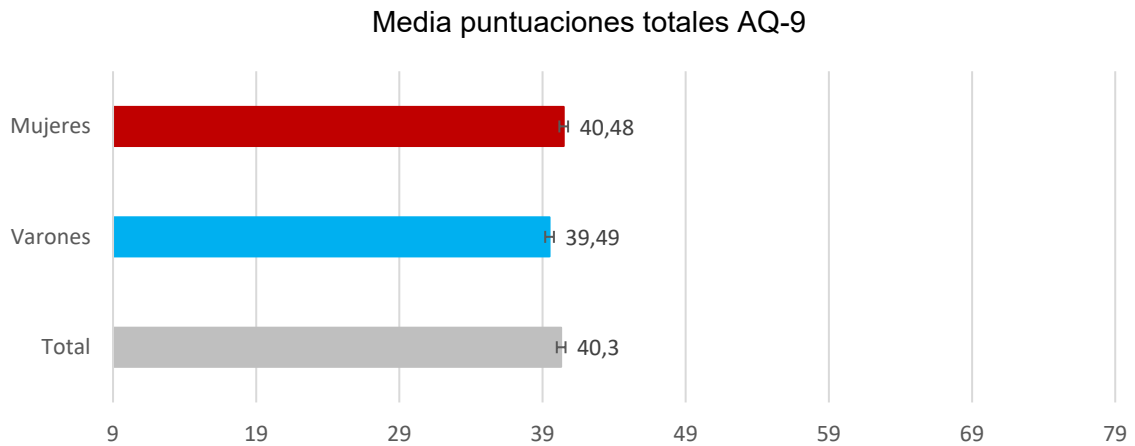
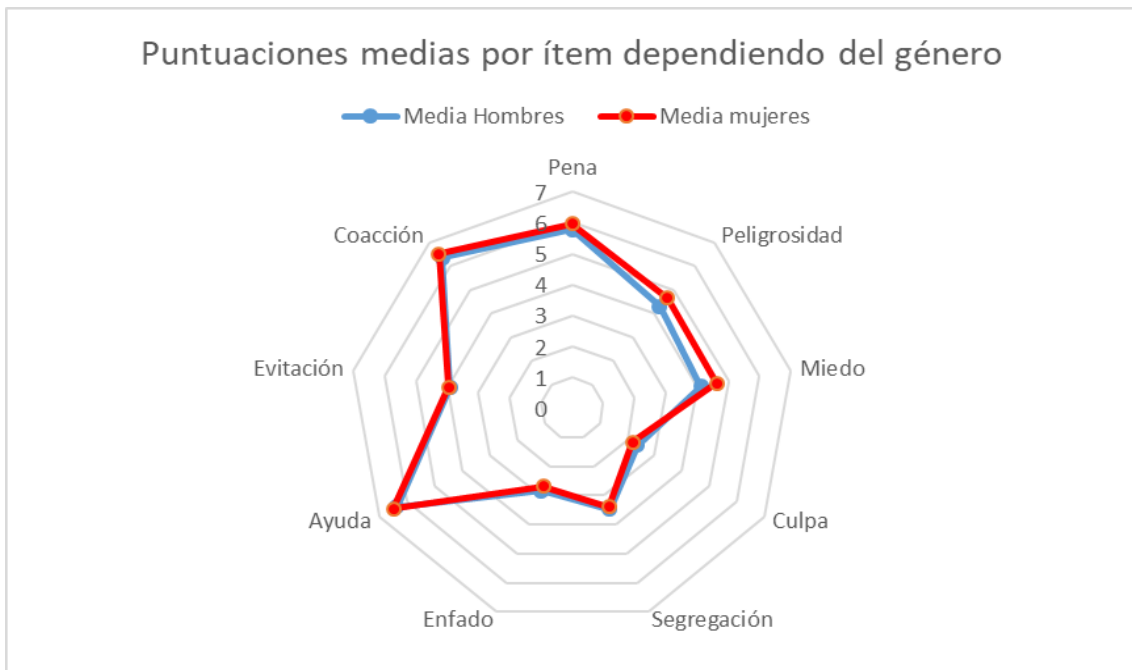


Figura 21. Resultados en las distintas atribuciones estigmatizantes en función del género. Cuestionario AQ-9



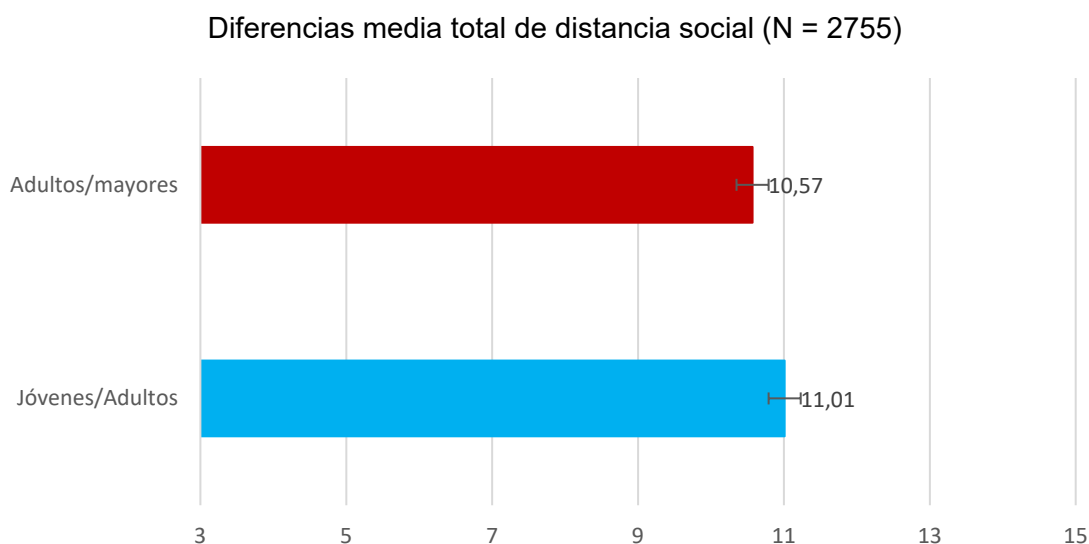
### 3.7.2. EDAD

Para el análisis del nivel de estigma en función de la edad de la persona encuestada, se establecen dos categorías, por un lado, jóvenes y adultos jóvenes (18-44 años) y, por otro, adultos y personas mayores: 45 en adelante. Se analizan las diferencias por grupo de edad respecto a las variables “distancia social” y “actitudes hacia las personas con problemas de salud mental”.

#### Distancia social

Los resultados indican puntuaciones medias-bajas de estigma en esta variable (con medias de 8 a 15), mostrando ambos grupos de población una intención baja de distancia social respecto a las personas con problemas de salud mental, siendo significativamente más baja en el grupo más joven ( $t = 3.761$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen = 0.14). No obstante, la relación entre las variables es pequeña. Los resultados pueden verse en la figura 22.

Figura 22. Diferencias de media por grupos de edad respecto a la variable “distancia social”



También se encuentran diferencias significativas en los ítems “En el futuro estaría dispuesto/a a vivir con una persona con trastorno mental” ( $t = 5.62$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen = 0.21) y “En el futuro, estaría dispuesto/a a que mis hijos/as se relacionasen con una persona que tuviera un trastorno mental” ( $t = 2.449$ ,  $p = .014$ ,  $d$  de Cohen = 0.09), con puntuaciones menos estigmatizantes para la muestra más joven. No obstante, de nuevo,

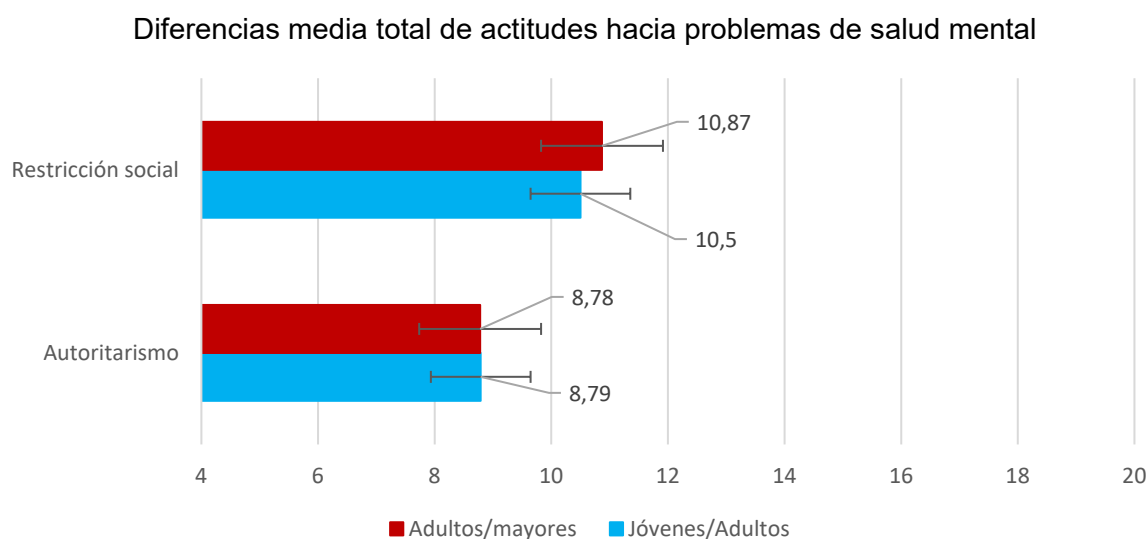
la relación entre la intención de distancia social y la edad resulta significativa, aunque pequeña.

### Actitudes hacia las personas con problemas de salud mental

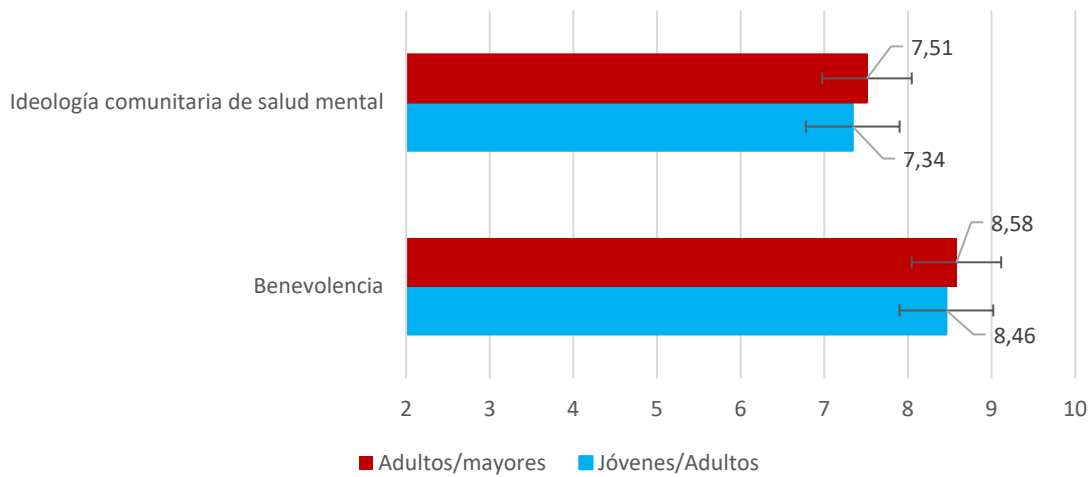
Para evaluar las actitudes hacia las personas con problemas de salud mental, se utilizan los dos cuestionarios descritos anteriormente: CAMI y AQ-9.

Respecto a la escala CAMI, aunque en ambos grupos de edad se encuentran puntuaciones que indican estigma medio en restricción social (con medias de 10 a 14) y bajo en las otras tres dimensiones evaluadas, se encuentran dos tendencias contrarias, por un lado, la población de mayor edad muestra un mayor estigma respecto a la dimensión de restricción social ( $t = -3.430$ ,  $p = .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.13), mientras que la población de menor edad muestra un mayor estigma en las dimensiones de benevolencia ( $t = -1.985$ ,  $p = .047$ ,  $d$  de Cohen= 0.08) e ideología comunitaria de salud mental ( $t = -2.612$ ,  $p = .009$ ,  $d$  de Cohen= 0.1), siendo estas diferencias estadísticamente significativas, aunque todas presentan un tamaño del efecto muy pequeño (cabe recordar que tanto en ideología comunitaria como en benevolencia, puntuaciones más bajas señalan mayor estigma). No se encuentran diferencias en autoritarismo en función del grupo de edad ( $t = 0.139$ ,  $p = .889$ ,  $d$  de Cohen= 0.00). Los datos se pueden observar en la figura 23.

Figura 23. Diferencias de media por grupos de edad respecto a la variable “actitudes hacia las personas con problemas de salud mental (CAMI)”



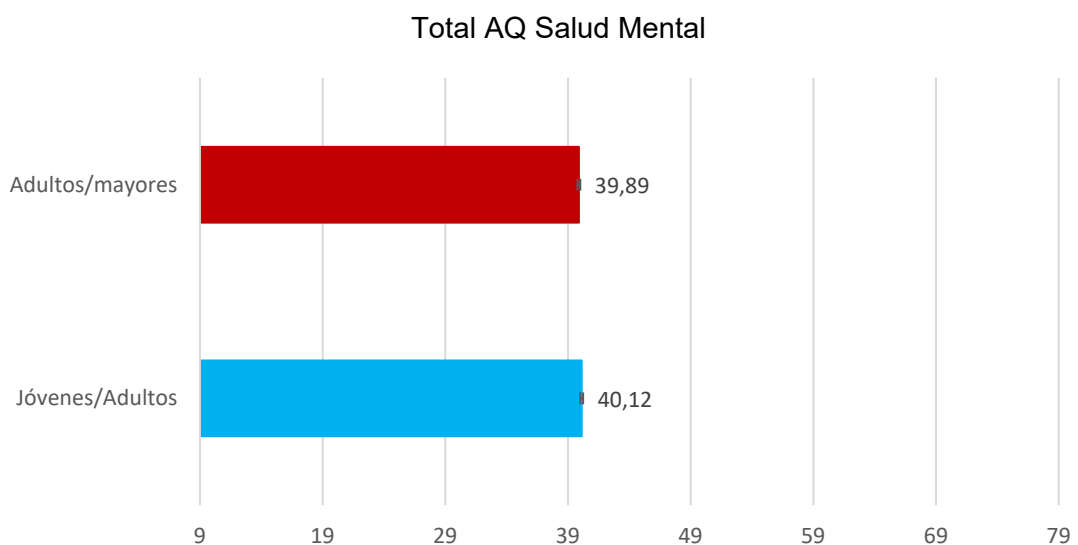
### Diferencias media total de actitudes hacia problemas de salud mental



En cuanto al estudio de las actitudes hacia los problemas de salud mental mediante el cuestionario de atribuciones AQ-9, los datos son los siguientes.

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones totales del cuestionario de atribuciones entre población joven y población mayor, mostrando ambas poblaciones un estigma medio (con medias de 37 a 53) en la puntuación total de la escala ( $t = 0.593$ ,  $p = .553$ ,  $d$  de Cohen= 0.02). En la Figura 24 pueden verse las puntuaciones medias en las atribuciones por grupos de edad.

*Figura 24. Diferencias de media por grupos de edad respecto a la variable "atribuciones hacia las personas con problemas de salud mental (AQ-9)"*



En el análisis por dimensiones, vuelven a generarse dos tendencias opuestas, encontrando diferencias significativas en cuatro de las nueve dimensiones de la escala de atribuciones, mostrando puntuaciones más estigmatizantes en el grupo de menor edad en miedo ( $t = 3.861$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.15), culpa ( $t = 3.514$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.13) y segregación ( $t = 2.079$ ,  $p = .038$ ,  $d$  de Cohen= 0.08); y puntuaciones más estigmatizantes en el grupo de mayor edad en la dimensión de coacción ( $t = -8.138$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.31). Los tamaños del efecto son todos bajos o muy bajos, pero de estas diferencias, la que arroja valores más altos de relación entre las variables se encuentra en la dimensión de coacción.

### **3.7.3. NIVEL DE ESTUDIOS**

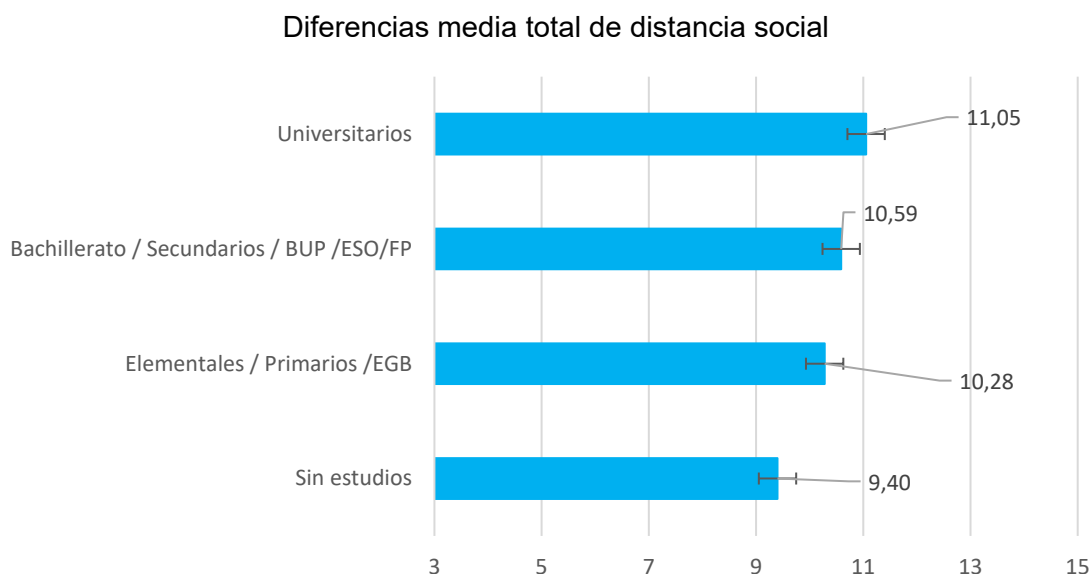
A continuación, se analizan los distintos niveles de estigma encontrados en función del nivel de estudios de la muestra evaluada.

#### **Distancia social**

En función del nivel de estudios se encuentran diferencias en la intención de distancia social, mostrando los resultados que los universitarios en comparación con las personas con estudios secundarios ( $p = .002$ ) y primarios ( $p = .026$ ) tienen una intención de distancia social menor o una mejor predisposición al contacto con personas con problemas de salud mental ( $p < .001$ ). El grupo de universitarios muestra niveles de estigma bajos (medias de 11 a 15), mientras que el resto de los grupos muestran niveles medios (medias de 8 a 10). No obstante, el efecto de la variable Nivel de estudios sobre la intención de distancia social es pequeño, con valores del estadístico del tamaño del efecto iguales o menores a 0.01. Los resultados se muestran en la figura 25.



Figura 25. Diferencias de media por nivel de estudios respecto a la variable “distancia social”



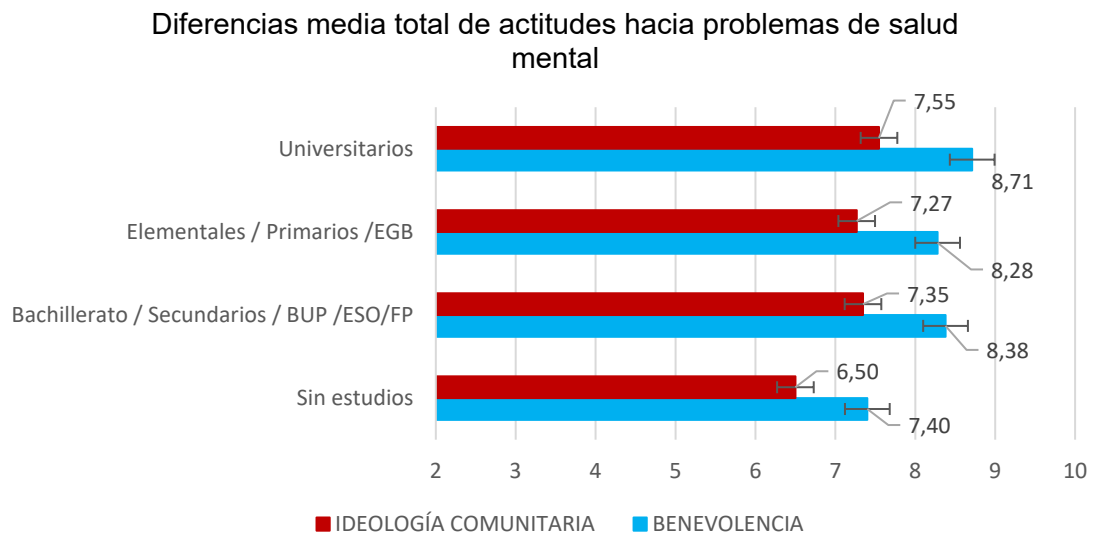
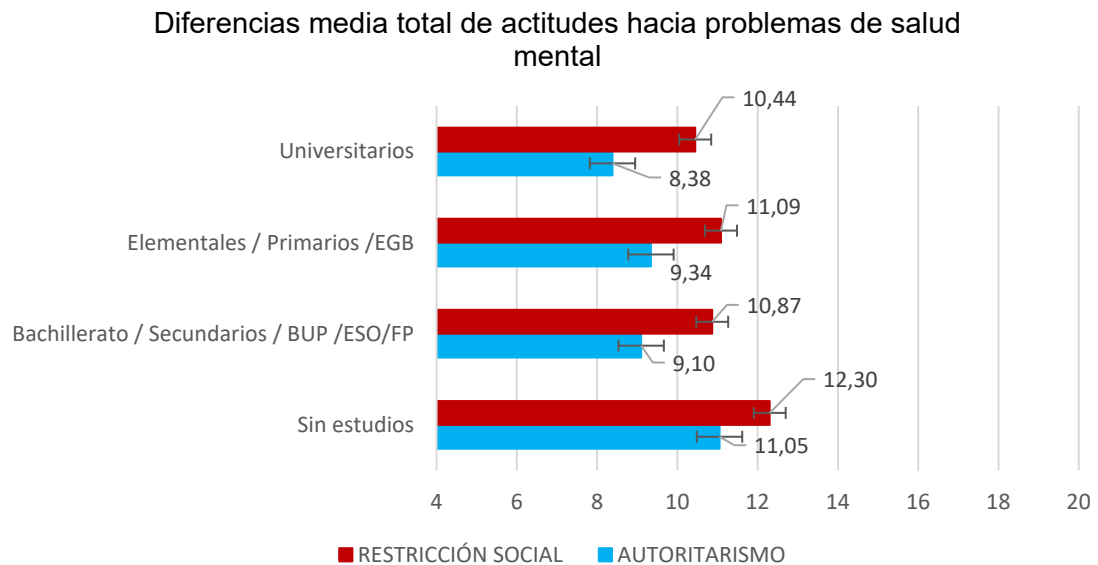
### Actitudes hacia las personas con problemas de salud mental

Los resultados en relación con las actitudes revelan, mediante el cuestionario CAMI, que las personas con estudios universitarios tienen actitudes más positivas, estadísticamente significativas, en todas las dimensiones de la escala: autoritarismo ( $p < .001$ ); restricción social ( $p < .001$ ); benevolencia ( $p < .001$ ); ideología comunitaria de salud mental ( $p < .001$ ). No obstante, el efecto de la variable Nivel de estudios sobre las actitudes hacia las personas con problemas de salud mental es pequeño, con valores del estadístico eta cuadrado del tamaño del efecto iguales o menores a 0.02.

De forma detallada, las pruebas post-hoc con el estadístico Scheffe muestran que los universitarios/as son menos autoritarios/as que las personas sin estudios ( $p < .001$ ), que las personas con estudios elementales/primarios ( $p < .001$ ) y que las personas con estudios secundarios/bachillerato ( $p < .001$ ). En cuanto a la restricción social, las pruebas post-hoc con el estadístico Scheffe muestran que los universitarios/as son menos restrictivos/as que las personas sin estudios ( $p = .038$ ) y que las personas con estudios secundarios/bachillerato ( $p = .003$ ). En el caso de la benevolencia, las pruebas post-hoc con el estadístico T3 Dunnett reflejan que los universitarios/as tienen puntuaciones significativamente más altas que las personas sin estudios ( $p = .005$ ), que las personas con estudios elementales/primarios ( $p = .016$ ) y que las personas con estudios secundarios/bachillerato ( $p < .001$ ). Por último, en referencia a la ideología

comunitaria, las pruebas post-hoc con el estadístico Scheffe reflejan que los universitarios/as tienen puntuaciones significativamente más altas que las personas sin estudios ( $p = .045$ ) y que las personas con estudios secundarios/bachillerato ( $p = .022$ ). Estos resultados se pueden observar en la figura 26.

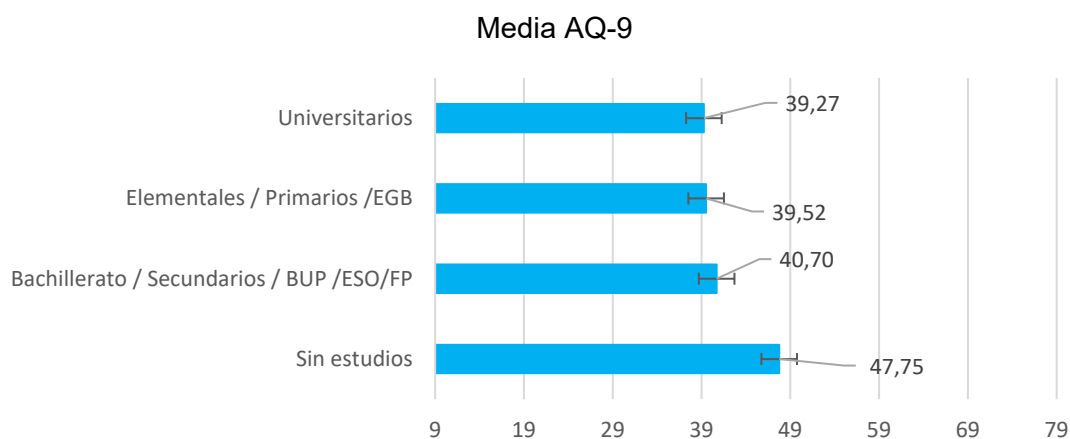
Figura 26. *Diferencias de media según el nivel de estudios respecto a la variable “actitudes hacia las personas con problemas de salud mental (CAMI)”*



Por otro lado, en las atribuciones estigmatizantes medidas a partir de la escala AQ-9 también se encuentran diferencias significativas ( $p < .001$ ), de nuevo con los universitarios mostrando atribuciones menos estigmatizantes. Las pruebas post-hoc con el estadístico Scheffe reflejan que las personas sin estudios tienen una puntuación más elevada que las personas con estudios elementales/primarios ( $p = .008$ ), que las personas con estudios secundarios/bachillerato ( $p < .022$ ) y que las personas con estudios universitarios ( $p = .003$ ). En este caso, todos los grupos se mueven en niveles de estigma medios (medias de 37 a 53). No obstante, el efecto de la variable Nivel de estudios sobre las atribuciones hacia las personas con problemas de salud mental es pequeño, con valores del estadístico eta cuadrado del tamaño del efecto iguales o menores a 0.01.

Los datos pueden observarse en la figura 27.

*Figura 27. Diferencias medias según el nivel de estudios respecto a la variable “atribuciones hacia las personas con problemas de salud mental (AQ-9)”*



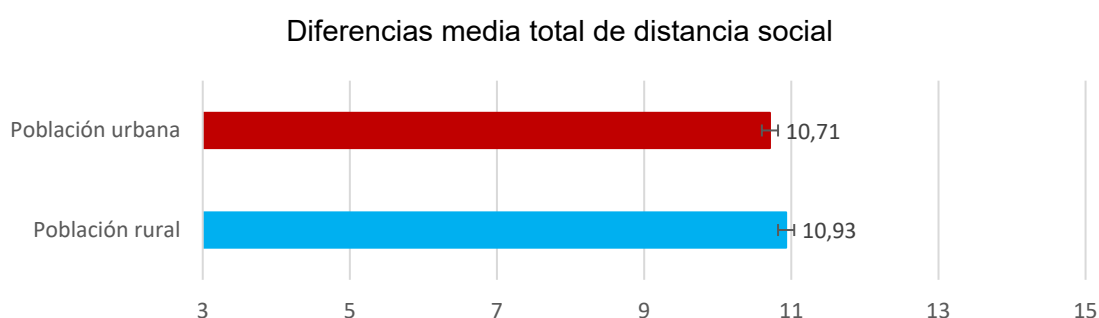
### **3.7.4. POBLACIÓN RURAL-URBANA**

A continuación, se presentan los análisis en función de si la persona encuestada pertenece a un entorno rural (población menor a 30.000 habitantes) o urbano. Se indica la diferencia de medias de la puntuación total de las escalas, así como la información de las dimensiones específicas en las que se encuentran diferencias.

## Distancia social

En general, tanto la población urbana como la población rural muestran una actitud positiva hacia el contacto con población con problemas de salud mental, encontrando una media cercana a 11 en ambas poblaciones, lo que indicaría un nivel de estigma medio-bajo. No se encuentran diferencias significativas en la intención de distancia social entre población rural y población urbana ( $t = 1.762, p = .078$ ). Se pueden observar los datos en la figura 28.

Figura 28. Diferencias de media población rural-urbana respecto a la variable “distancia social”

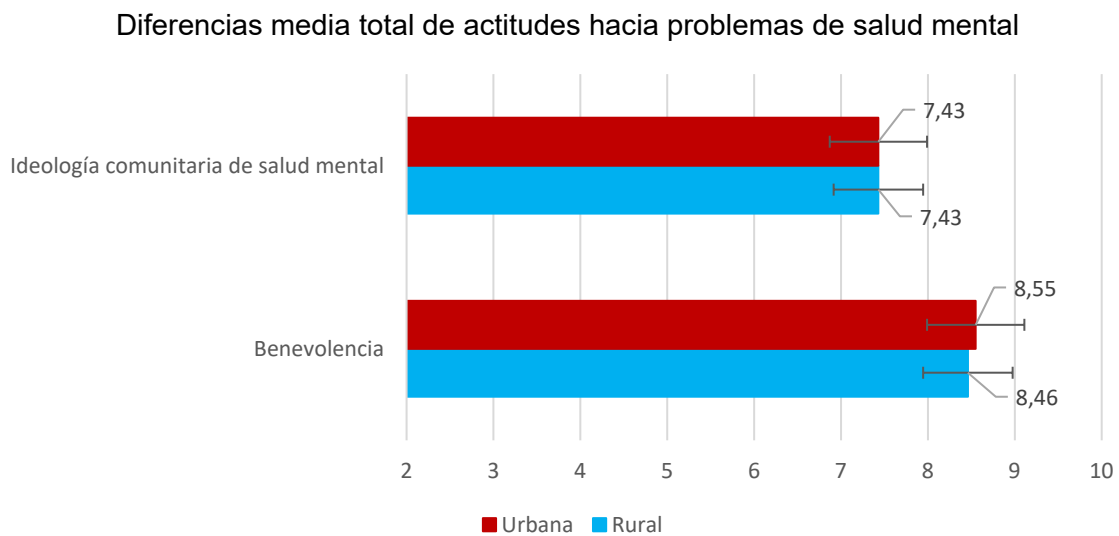
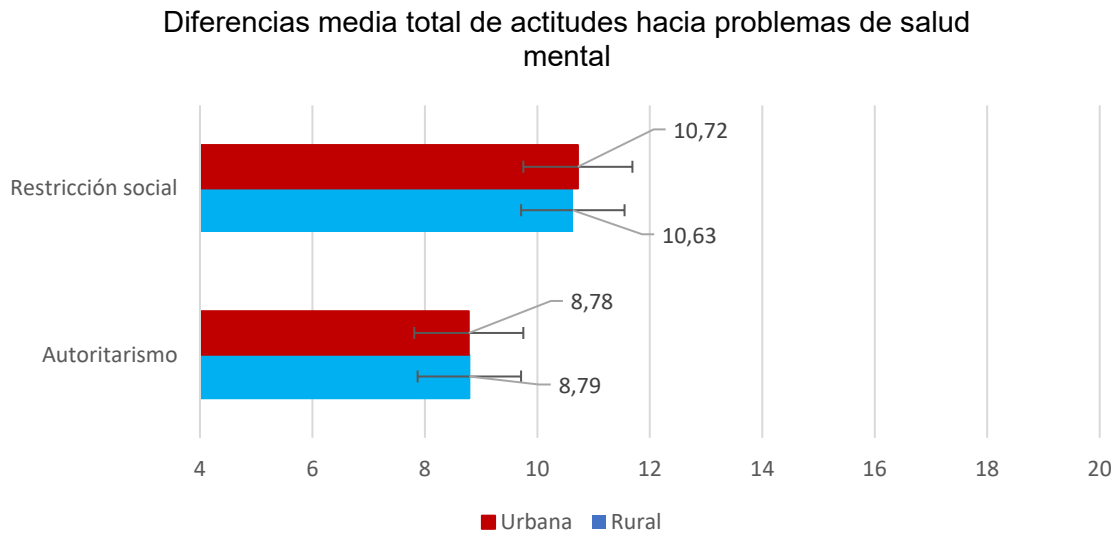


El único ítem donde se encuentran diferencias estadísticamente significativas ( $t = 2,159, p = .031, d$  de Cohen= 0.09) es en el que se pregunta acerca de una futura convivencia con una persona con problemas de salud mental (“En el futuro estaría dispuesto/a a vivir con una persona con trastorno mental”), donde la población rural muestra una actitud más positiva, no obstante, la relación entre las variables es muy pequeña.

## Actitudes hacia las personas con problemas de salud mental

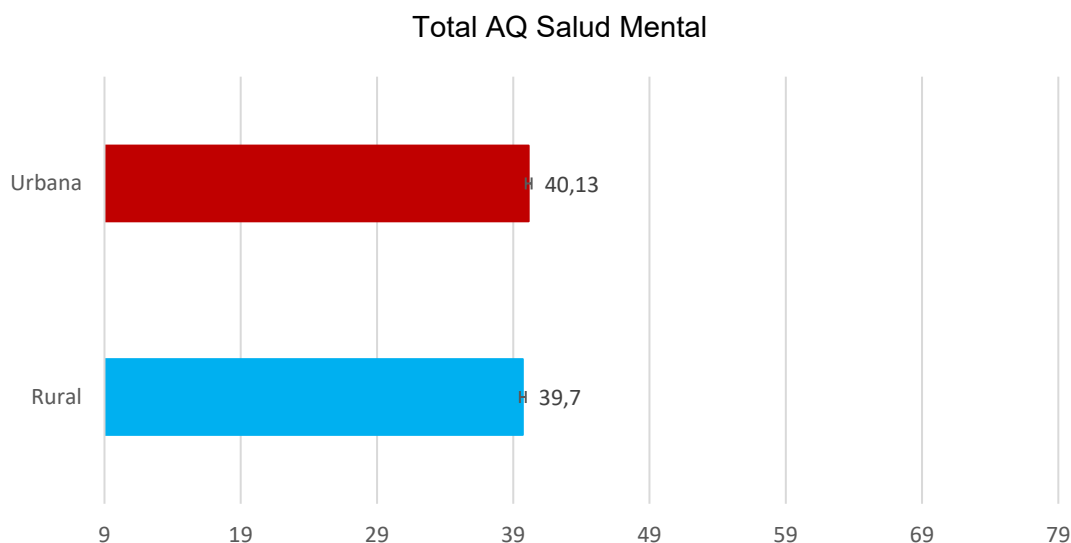
Respecto a los resultados de la *Escala de Actitudes hacia la Enfermedad Mental* (CAMI), como puede apreciarse en la siguiente figura, tanto la población urbana como la rural muestran actitudes de estigma medio en restricción social (con medias de 10 a 14) y bajo en las otras tres dimensiones. No se encuentran diferencias significativas entre población rural y población urbana en ninguna de las cuatro dimensiones que evalúa el cuestionario: autoritarismo ( $t = 0.046, p = .963$ ), restricción social ( $t = -0.692, p = .489$ ), benevolencia ( $t = -1.438, p = .151$ ) o ideología comunitaria de salud mental ( $t = 0.104, p = .917$ ). Los resultados pueden observarse en la figura 29.

Figura 29. Diferencias de media por población rural-urbana respecto a la variable “actitudes hacia las personas con problemas de salud mental (CAMI)”



Respecto al estudio de las actitudes hacia los problemas de salud mental mediante el *Attributional Questionnaire-9 (AQ-9)*, no se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones totales del cuestionario de atribuciones entre población rural y población urbana ( $t = -1.040, p = .299$ ), mostrando ambos grupos un estigma medio (con medias de 37 a 53). Los datos se pueden ver en la figura 30.

Figura 30. *Diferencias medias según población rural-urbana respecto a la variable “atribuciones hacia las personas con problemas de salud mental (AQ-9)”*



Sí se encuentran diferencias significativas en tres de las dimensiones de la escala de atribuciones: peligrosidad ( $t = -2.381$ ,  $p = .017$ ,  $d$  de Cohen= 0.1); miedo ( $t = -2.067$ ,  $p = .039$ ,  $d$  de Cohen= 0.09); y evitación ( $t = -2.379$ ,  $p = .017$ ,  $d$  de Cohen= 0.1), todas con puntuaciones ligeramente más estigmatizantes para población urbana, aunque con tamaños del efecto muy pequeños.

### **3.7.5. EXPERIENCIA EN PRIMERA PERSONA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**

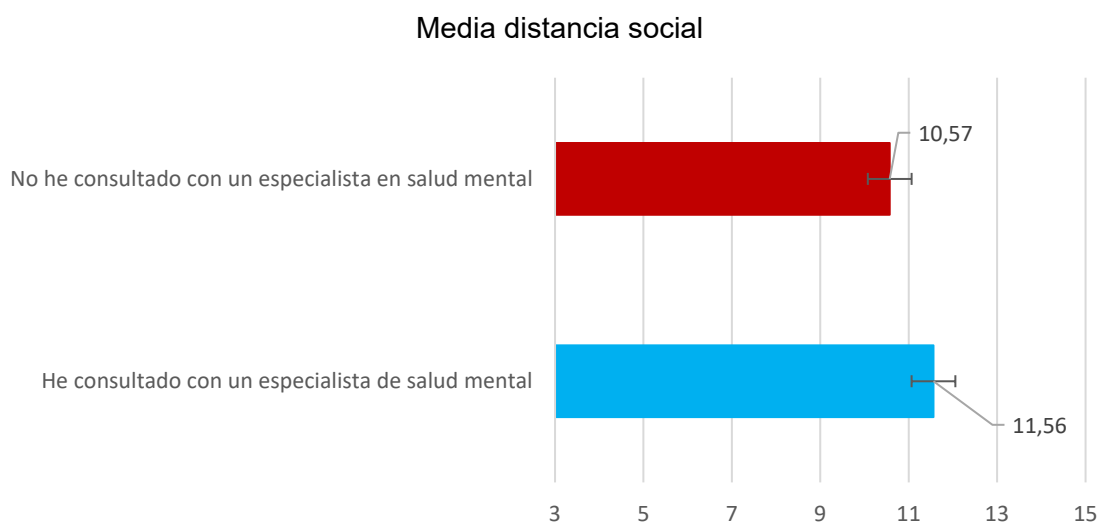
Otra de las variables evaluadas es la de si la propia persona que responde ha consultado alguna vez con un especialista en salud mental o no. Se han analizado las diferencias en las respuestas a los diferentes instrumentos en función de si el encuestado tiene o no experiencia en primera persona de problemas de salud mental. Se indica la diferencia de medias de la puntuación total de las escalas, así como la información de las dimensiones específicas en las que se encuentran diferencias.

#### **Distancia social**

Se mantiene la tendencia observada en las comparaciones anteriores y en ambos grupos de población se encuentra un estigma bajo respecto al contacto con población con problemas de salud mental (con medias de 11 a 15). En este caso, se encuentran diferencias significativas en la intención de distancia social en función de haber

consultado o no con un especialista en salud mental ( $t = -7.024$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.32), con puntuaciones menos estigmatizantes para aquellas personas que sí han consultado y, por tanto, tienen experiencia en primera persona de problemas de salud mental. En este caso, existe relación entre las variables “intención de distancia social” y “haber consultado con un especialista en salud mental”. Se pueden observar los datos en la figura 31.

**Figura 31. Diferencias de media según haber tenido o no problemas de salud mental respecto a la variable “distancia social”**



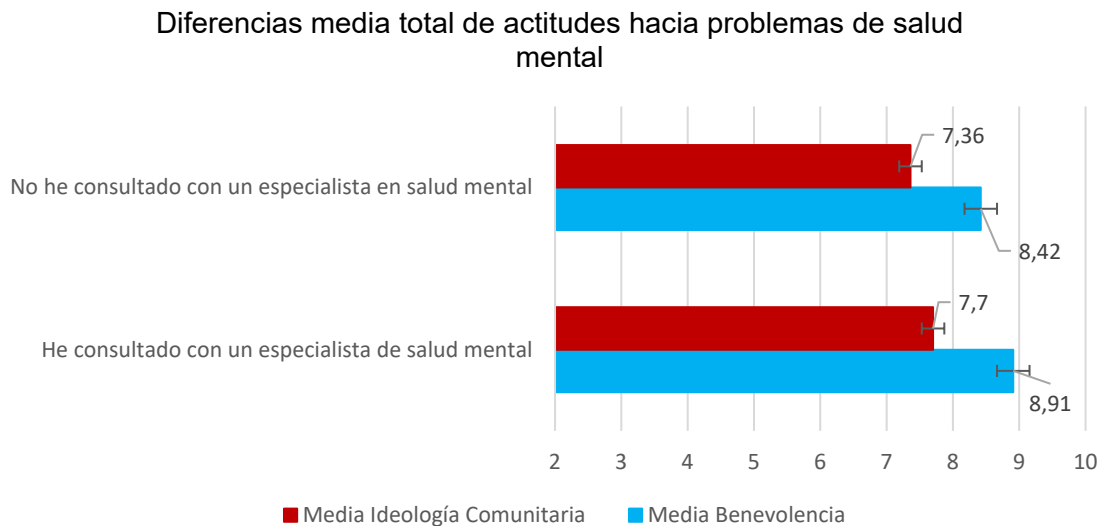
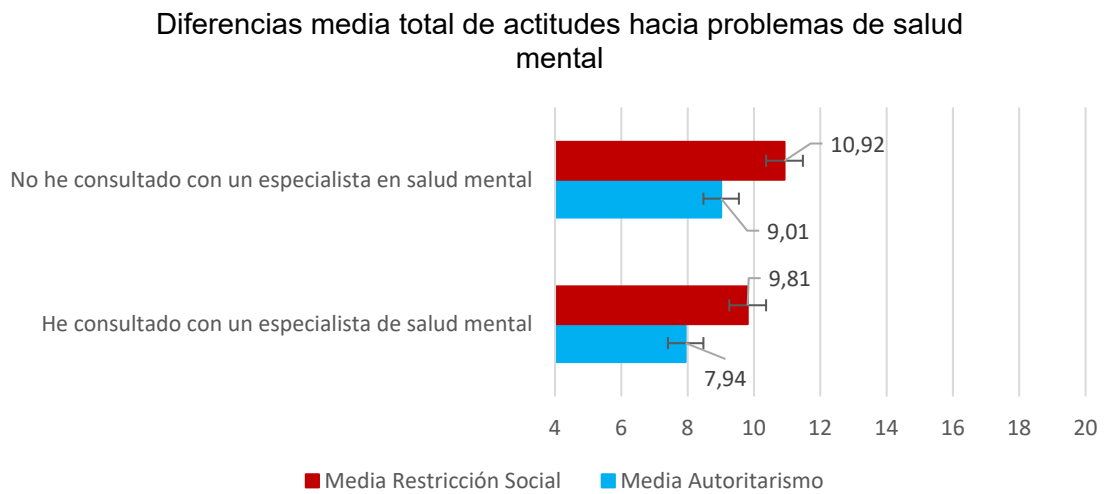
También se encuentran diferencias significativas en los ítems “En el futuro estaría dispuesto/a a vivir con una persona con trastorno mental” ( $t = -7.336$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.35); “En el futuro estaría dispuesto/a a continuar una relación de amistad con una persona que tenga trastorno mental” ( $t = -6.326$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.28); “En el futuro, estaría dispuesto/a a que mis hijos/as se relacionasen con una persona que tuviera un trastorno mental” ( $t = -4.845$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.22), con puntuaciones que indican un menor estigma para aquellas personas que sí han consultado. En todos los casos, existe relación entre las variables, aunque pequeña.

### **Actitudes hacia las personas con problemas de salud mental**

Respecto a las actitudes hacia las personas con trastornos mentales evaluadas a través de la *Escala de Actitudes hacia la Enfermedad Mental* (CAMI), se encuentran diferencias significativas entre población que ha consultado a un especialista en salud mental y población que no en las cuatro dimensiones evaluadas por el instrumento: autoritarismo ( $t = 7.966$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.37), restricción social ( $t = 8.072$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de

Cohen= 0.39), benevolencia ( $t = -6.826, p < .001, d$  de Cohen= 0.3) e ideología comunitaria de salud mental ( $t = -4.559, p < .001, d$  de Cohen= 0.21), con puntuaciones en todos los casos que indican un menor estigma en el grupo que sí ha consultado y tiene experiencia en primera persona de problemas de salud mental. En todos los casos, existe relación entre las variables. Estos datos pueden observarse en la figura 32.

**Figura 32. Diferencias de media según haber tenido o no un problema de salud mental respecto a la variable “actitudes hacia las personas con problemas de salud mental (CAMI)”**

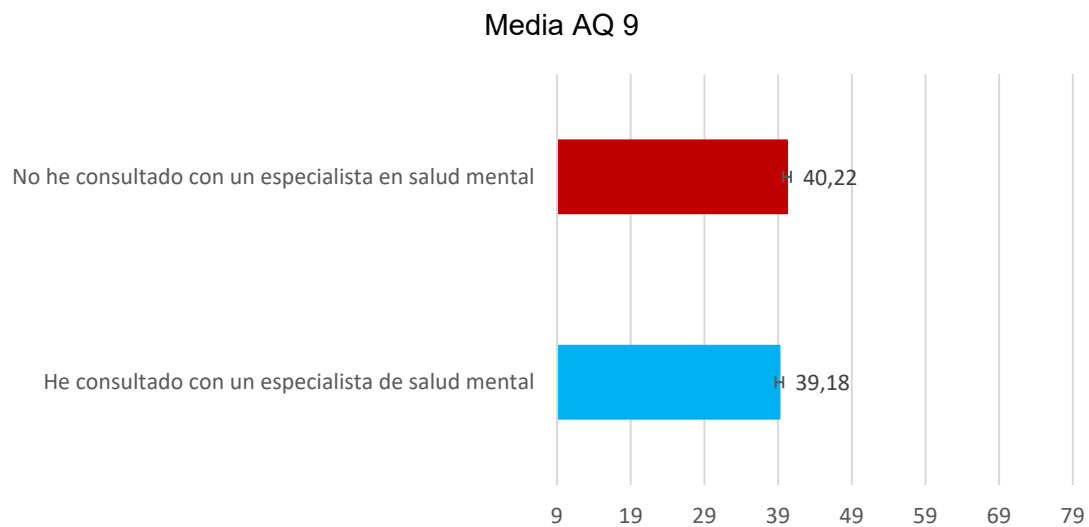


Respecto a las actitudes hacia los problemas de salud mental evaluadas mediante el *Attributional Questionnaire-9* (AQ-9), ambos grupos se mueven en puntuaciones de estigma medio (medias de 37 a 53). Los análisis indican que existen diferencias significativas en la puntuación total en la escala de atribuciones, dependiendo de si la persona que responde ha consultado con un especialista en salud mental o no ( $t = 2.230,$



$p = .026$ ,  $d$  de Cohen= 0.10), manteniendo la tendencia encontrada en el cuestionario anterior de puntuaciones menos estigmatizantes en las personas que sí han consultado, aunque la relación entre estas variables es pequeña. Estos datos se pueden observar en la figura 33.

**Figura 33. Diferencias medias según haber tenido o no un problema de salud mental respecto a la variable “atribuciones hacia las personas con problemas de salud mental (AQ-9)”**



Respecto a las atribuciones concretas, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cinco de las nueve atribuciones, manteniéndose la tendencia de puntuaciones menos estigmatizantes en el grupo con experiencia en primera persona en problemas de salud mental en las atribuciones de culpa ( $t = 4.575$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.20); segregación ( $t = 3.444$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.16); enfado ( $t = 5.157$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.23); y evitación ( $t = 2.303$ ,  $p = .021$ ,  $d$  de Cohen= 0.11). No obstante, este grupo que ha consultado a un especialista en salud mental muestra un mayor estigma en la atribución de ayuda ( $t = -5.103$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.23). No obstante, en todos los casos se encuentran tamaños del efecto de pequeños a muy pequeños.

### **3.7.6. CONVIVENCIA CON PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**

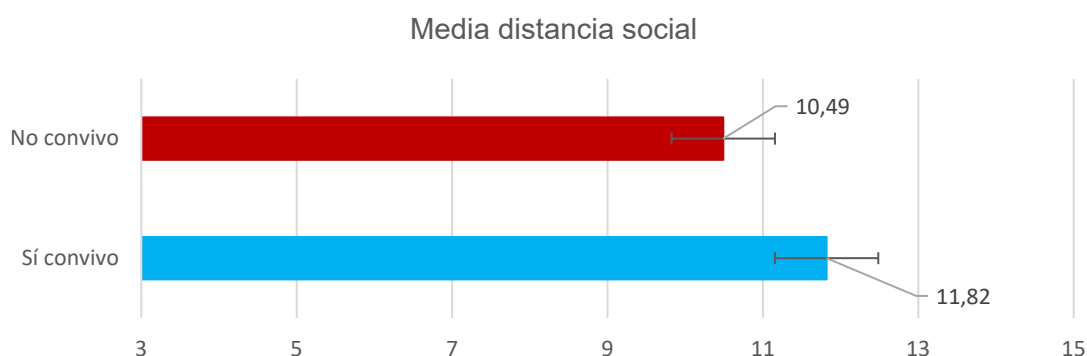
A continuación, se presentan los análisis de las diferencias en las respuestas a los instrumentos en función de si el encuestado ha convivido o no con una persona con problemas de salud mental. Se indica la diferencia de medias de la puntuación total de

las escalas, así como la información de las dimensiones específicas en las que se encuentran diferencias.

### Distancia social

Ambos grupos muestran un estigma medio-bajo (medias de 8 a 15) hacia el contacto con personas con problemas de salud mental. No obstante, se encuentran diferencias significativas en la intención de distancia social en función de haber convivido o no con una persona con problemas de salud mental ( $t = 9.588$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.43), con puntuaciones menos estigmatizantes para aquellas personas que sí han convivido. En este caso, la relación entre las variables es cercana a valores de relevancia media. Pueden observarse los datos en la figura 34.

Figura 34. *Diferencias de media según convivir o no con una persona con problemas de salud mental respecto a la variable “distancia social”*

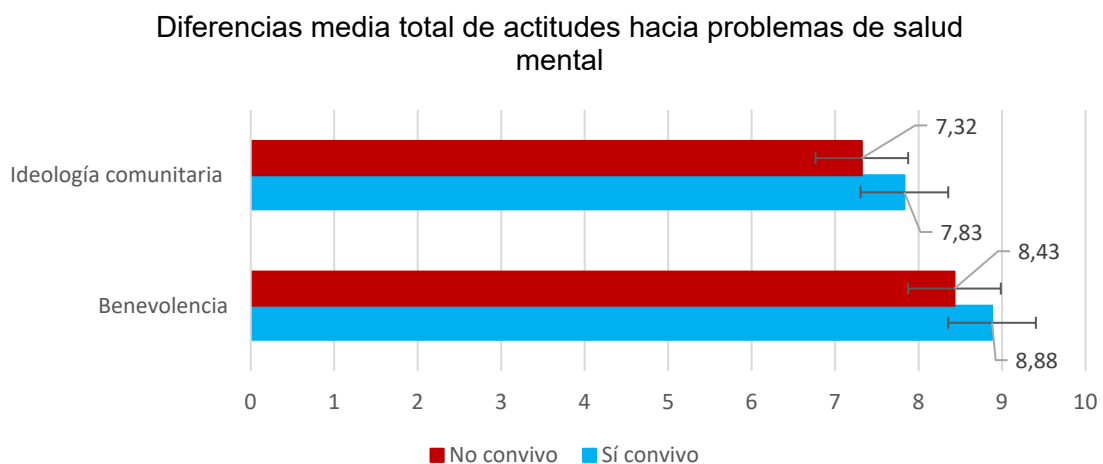
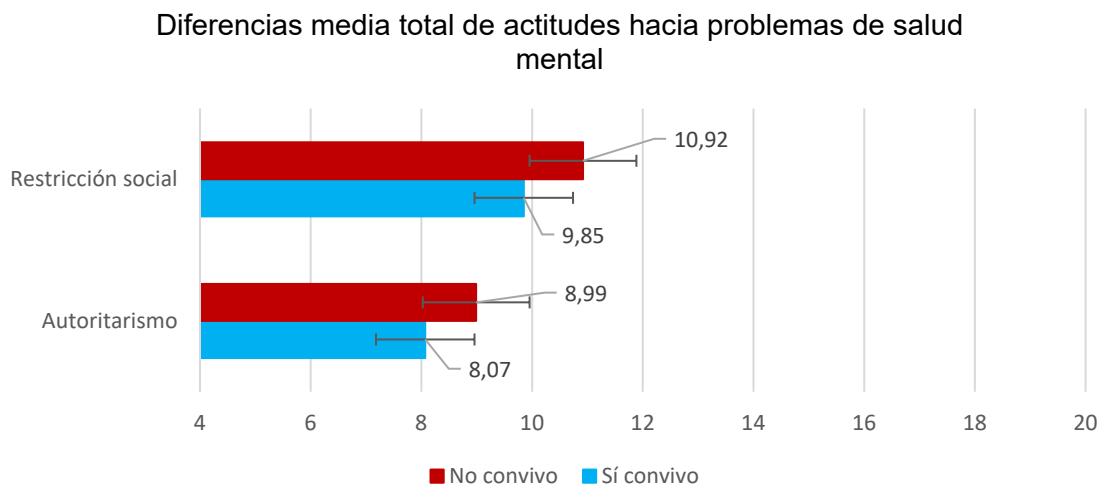


También se encuentran diferencias significativas en los ítems “En el futuro estaría dispuesto/a a vivir con una persona con trastorno mental” ( $t = 9.792$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.47), con valores de relación entre las variables cercanos a una relevancia media; “En el futuro estaría dispuesto/a a continuar una relación de amistad con una persona que tenga trastorno mental” ( $t = 7.873$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.35); “En el futuro, estaría dispuesto/a a que mis hijos/as se relacionasen con una persona que tuviera un trastorno mental” ( $t = 7.351$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.33), estos últimos con tamaños del efecto que muestran una relación pequeña entre las variables. En todos los casos, las puntuaciones indican un menor estigma para aquellas personas que sí han convivido con personas con problemas de salud mental.

## Actitudes hacia las personas con problemas de salud mental

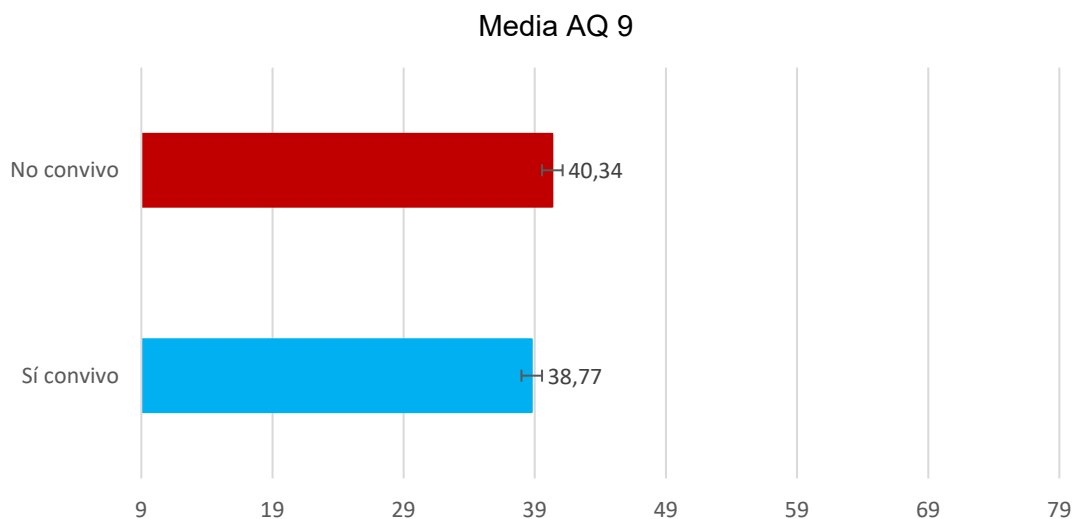
Respecto a las actitudes hacia las personas con trastornos mentales evaluadas a través de la *Escala de Actitudes hacia la Enfermedad Mental (CAMI)*, se encuentran diferencias significativas entre población que ha convivido con personas con problemas de salud mental y población que no en las cuatro dimensiones evaluadas por el instrumento, encontrando relación entre las variables en todas ellas, aunque pequeña: autoritarismo ( $t = -6.908$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.32), restricción social ( $t = -7.614$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.38), benevolencia ( $t = 6.162$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.28) e ideología comunitaria de salud mental ( $t = 6.764$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.31). En todos los casos, se encuentran puntuaciones menos estigmatizantes en el grupo que sí ha convivido con personas con problemas de salud mental. Los datos pueden observarse en la figura 35.

Figura 35. Diferencias de media según convivir o no con una persona con problemas de salud mental respecto a la variable “actitudes hacia las personas con problemas de salud mental (CAMI)”



Respecto a las actitudes hacia los problemas de salud mental evaluadas mediante el *Attributional Questionnaire-9* (AQ-9), las medias de ambos grupos reflejan niveles de estigma medios (media de 37 a 53). Se encuentran diferencias significativas en la puntuación total en la escala de atribuciones, dependiendo de si la persona que responde ha convivido con una persona con trastorno mental o no ( $t = -3.377$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.16), encontrando puntuaciones menos estigmatizantes para las personas que sí han convivido, aunque el tamaño del efecto indica una relación muy pequeña entre las variables. Se pueden observar estos datos en la figura 36.

**Figura 36. Diferencias de media según convivir o no con una persona con problemas de salud mental respecto a la variable "atribuciones hacia las personas con problemas de salud mental (AQ-9)"**



Respecto a las atribuciones concretas, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cinco de las nueve atribuciones, manteniéndose la tendencia de puntuaciones menos estigmatizantes en el grupo que sí ha convivido con una persona con problemas de salud mental en las atribuciones de miedo ( $t = -3.333$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.15); culpa ( $t = -4.223$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.19); segregación ( $t = -3.922$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.18); enfado ( $t = -4.734$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.21); evitación ( $t = -4.945$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.23). Sin embargo, cambia el sentido de las puntuaciones en el ítem de ayuda ( $t = 5.450$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.25), encontrando en este caso que el grupo que sí ha convivido con personas con problemas de salud mental muestra puntuaciones más estigmatizantes para esta atribución. No obstante, en todos los casos, la relación entre las variables es pequeña o muy pequeña.

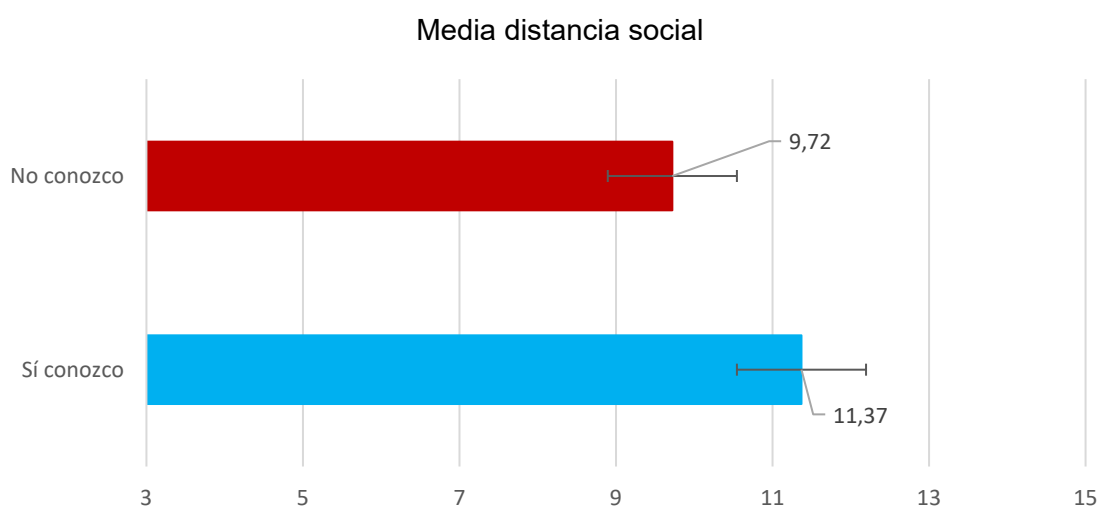
### 3.7.7. CONTACTO CON PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en función de si las personas encuestadas conocían a alguien con trastorno mental o no.

#### Distancia social

Ambos grupos muestran un estigma medio-bajo (medias de 8 a 15) hacia el contacto con personas con problemas de salud mental. No obstante, las personas que conocían a alguien con un trastorno mental mostraron una menor intención de distancia social, es decir una intención conductual más positiva ( $t = 14.086$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.54). La relación entre estas variables tiene un nivel de relevancia medio. Los resultados pueden observarse en la figura 37.

Figura 37. Diferencias de media según conocer o no a una persona con problemas de salud mental respecto a la variable “distancia social”

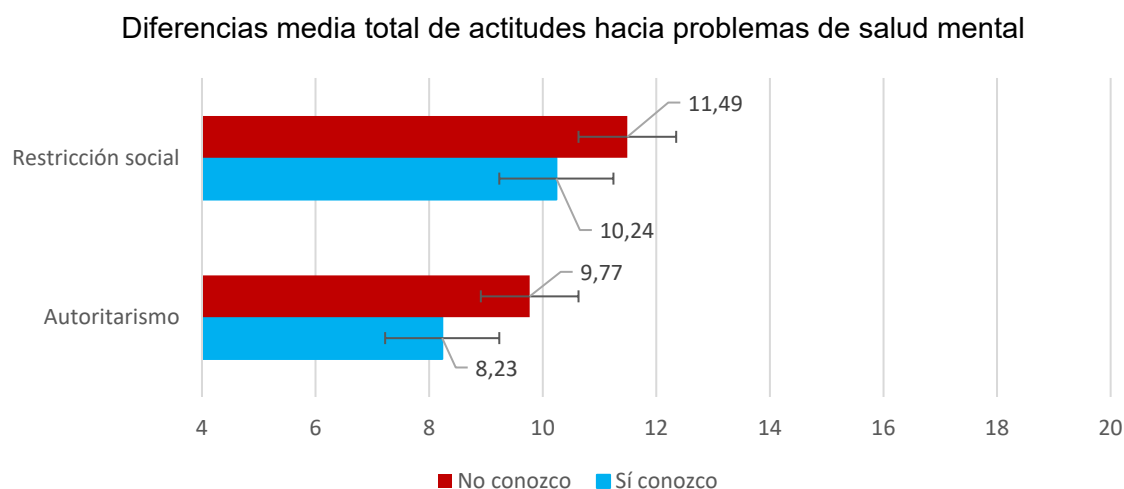


Se encuentran diferencias significativas en los tres ítems de distancia social: “En el futuro estaría dispuesto/a a vivir con una persona con trastorno mental” ( $t = 9.785$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.38); “En el futuro estaría dispuesto/a a continuar una relación de amistad con una persona que tenga trastorno mental” ( $t = 14.825$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.57); y “En el futuro, estaría dispuesto/a a que mis hijos/as se relacionasen con una persona que tuviera un trastorno mental” ( $t = 12.446$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.48). En estos dos últimos ítems, se encuentra que la relación entre las variables es de una relevancia media. En todos los casos, las puntuaciones indican un menor estigma para aquellas personas que sí han tenido contacto con personas con problemas de salud mental.

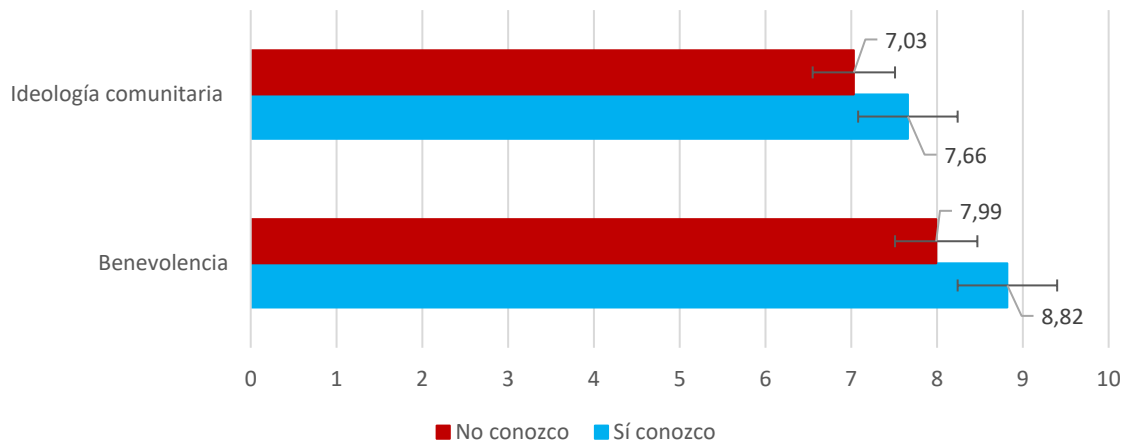
## Actitudes hacia las personas con problemas de salud mental

Respecto a las actitudes hacia las personas con trastornos mentales evaluadas a través de la Escala de Actitudes hacia la Enfermedad Mental (CAMI), las personas que conocían a alguien con problemas de salud mental, mostraron actitudes significativamente menos estigmatizantes en cuanto a la restricción social ( $t = -12.103$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.44) y el autoritarismo ( $t = -14.020$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.53). También mostraron actitudes más benevolentes ( $t = 12.913$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.51) y con una mayor ideología comunitaria de salud mental ( $t = 10.024$ ,  $p < .001$ ,  $d$  de Cohen= 0.38). Se encuentra un tamaño del efecto medio o próximo a medio en restricción social, autoritarismo y benevolencia, indicando que el conocer a alguien con trastorno mental es una variable de una relevancia media, y por tanto a tener en cuenta, en cuanto a los procesos de estigmatización. Los resultados pueden observarse en la figura 38.

Figura 38. Diferencias de media según conocer o no a una persona con problemas de salud mental respecto a la variable “actitudes hacia las personas con problemas de salud mental (CAMI)”

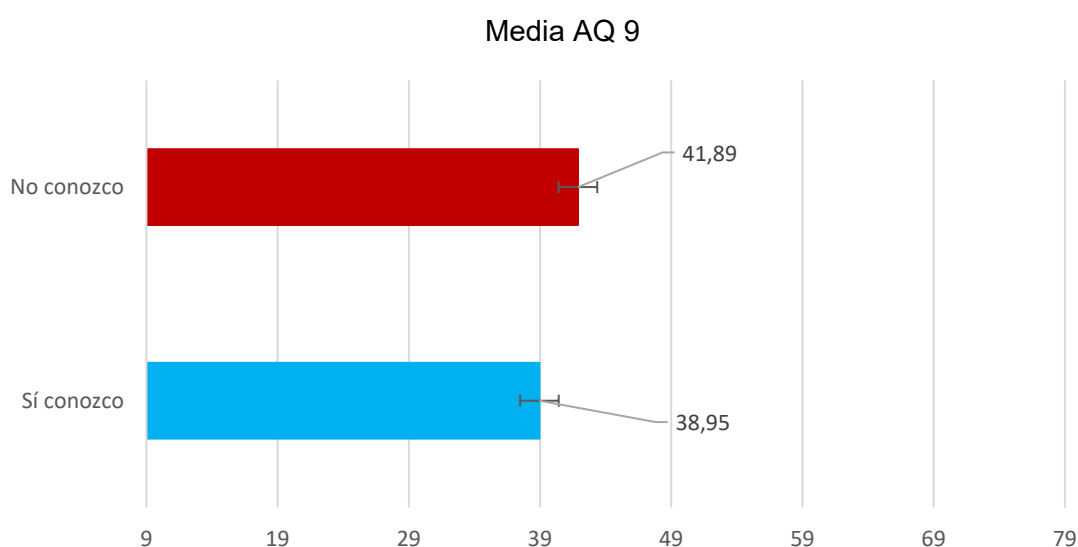


### Diferencias media total de actitudes hacia problemas de salud mental



Respecto a las actitudes hacia los problemas de salud mental evaluadas mediante el *Attributional Questionnaire-9* (AQ-9), de nuevo las puntuaciones se mueven en niveles de estigma medios (medias de 37 a 53). Cabe comentar que se encuentra la misma tendencia en cuanto a que las personas que conocían a alguien con un problema de salud mental muestran atribuciones menos estigmatizantes ( $t = -7.388, p < .001, d$  de Cohen= 0.29). Las diferencias son significativas en 8 de las 9 atribuciones que valora el instrumento: peligrosidad ( $t = -4.541, p < .001, d$  de Cohen= 0.18), miedo ( $t = -6.045, p < .001, d$  de Cohen= 0.24), culpa ( $t = -11.479, p < .001, d$  de Cohen= 0.45), segregación ( $t = -9.068, p < .001, d$  de Cohen= 0.35), enfado ( $t = -11.623, p < .001, d$  de Cohen= 0.45), ayuda ( $t = 8.488, p < .001, d$  de Cohen=0.33), evitación ( $t = -8.103, p < .001, d$  de Cohen= 0.32) y coacción ( $t = 2.593, p = .010, d$  de Cohen= 0.10). La tendencia de mayor estigma en aquellas personas que no conocen a nadie con problemas de salud mental se mantiene para todas las atribuciones, excepto en coacción y ayuda, donde las personas que sí conocen a alguien con problemas de salud mental muestran puntuaciones más estigmatizantes que las que no. En la mayoría de los casos se encuentran niveles de relevancia pequeños, incluso próximos a medios, indicando de nuevo que el hecho de conocer a alguien con trastorno mental es una variable a tener en cuenta en las atribuciones estigmatizantes hacia las personas con trastorno mental. Los resultados pueden observarse en la figura 39.

Figura 39. Diferencias de media según conocer o no a una persona con problemas de salud mental respecto a la variable “atribuciones hacia las personas con problemas de salud mental (AQ-9)”



### 3.7.8. PROFESIÓN

A continuación, se muestran las puntuaciones medias en cada una de las escalas empleadas para evaluar la intención de distancia social y las actitudes estigmatizantes en función de la profesión ejercida por los miembros de la muestra. En general cabe señalar que las puntuaciones en distancia social revelan intenciones positivas sobre el contacto con personas con problemas de salud mental, así como actitudes benevolentes y que reflejan pensamientos positivos sobre la ideología comunitaria. Sin embargo, se observan atribuciones estigmatizantes medias en prácticamente toda la muestra, así como puntuaciones que revelan la existencia de autoritarismo y creencias de restricción social hacia las personas con problemas de salud mental.

Las intenciones de distancia social más positivas (menos estigma a nivel conductual, puntuaciones más elevadas) se encuentran en las personas que ejercen un voluntariado, así como en los profesores no universitarios. Las profesiones con mayor intención de distancia social con los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado y el personal de seguridad privada.

En cuanto a las actitudes de autoritarismo y restricción social, las profesiones que reflejan más estigma en sus puntuaciones (puntuaciones más elevadas) son los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado, seguidos de la administración de justicia y el personal



de seguridad privada o los recursos humanos. Las profesiones con actitudes menos autoritarias y restrictivas fueron los voluntarios y las profesiones de servicios sociales y sanitarias.

Sobre las actitudes de benevolencia e ideología comunitaria, las profesiones con mejores actitudes son los distintos voluntariados, así como el personal de seguridad privada, seguido por los servicios sociales. Las actitudes menos benevolentes y con menos ideología comunitaria fueron los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado y la administración de justicia.

Finalmente, en cuanto a las atribuciones medidas mediante la escala AQ-9, las profesiones con atribuciones más estigmatizantes fueron la administración de justicia, los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado y los profesionales sanitarios.

Los datos expuestos se pueden observar en la tabla 7.

*Tabla 7. Medias totales de la muestra según su profesión en las diferentes escalas (N = 2755)*

Variable	N	Distancia social	Autoritarismo	Restricción social	Benevolencia	Ideología comunitaria	AQ-9
Profesión		Media	Media	Media	Media	Media	Media
Cuerpos y fuerzas de seguridad del estado	73	10.84	9.64	11.52	8.19	7.33	40.59
Personal de seguridad privada	59	10.63	9.11	10.95	8.27	7.64	39.37
Profesión sanitaria (medicina, enfermería, psicología, etc.).	260	11.17	8.18	10.08	8.74	7.51	40.20
Servicios sociales	108	11.40	8.31	10.09	8.84	7.58	38.19

Variable	N	Distancia social	Autoritarismo	Restricción social	Benevolencia	Ideología comunitaria	AQ-9
(públicos o privados)							
Recursos humanos (gestión de personal, selección, etc)	92	11.22	8.82	10.95	8.47	7.35	40.38
Administración de justicia (juez, abogado, fiscal, secretaría judicial, etc.).	47	11.04	8.68	11.19	8.45	7.28	41.91
Profesor no universitario	218	11.33	8.31	10.16	8.85	7.57	39.33
Profesor universitario	46	10.34	8.56	10.63	8.24	7.52	38.23
Trabajo en medios de comunicación (periodista, televisión, blogs, etc.).	71	11.29	8.03	10.35	8.90	7.58	39.28
Trabajo de atención al público/cliente (comercial, información, administración, conserje, etc.).	804	11.09	8.59	10.56	8.70	7.50	40.00
Voluntariado social, sanitario, educativo, etc.	190	11.84	7.87	9.35	9.06	7.86	36.47

### 3.8. ÍTEMS PROVENIENTES DEL ESTUDIO CUALITATIVO

Como se detalla en el punto 2.3 (*“Estudio cualitativo: estudio de grupos y entrevistas en profundidad”*) para el procedimiento cualitativo, se examinaron las vivencias psicológicas relacionadas con el estigma de las personas con trastorno mental. Se realizó una recogida de datos mediante grupos de discusión y entrevistas en profundidad. Se contó con la participación de personas que expusieron su experiencia directa con el estigma que provocan los problemas de salud mental. Por lo tanto, no podemos olvidar que los ítems que se analizan en este apartado provienen directamente de las inquietudes, perspectivas y puntos de vista de las personas con problemas de salud mental entrevistadas. El análisis del contenido de estos grupos de discusión y entrevistas se utilizó para la detección de variables importantes que más tarde se incluyeron, en forma de afirmaciones, en la encuesta cuantitativa. Las frases resultantes podían ser respondidas según una escala de mayor a menor grado de aceptación (1: Totalmente de acuerdo a 5: Totalmente en desacuerdo).

En una primera aproximación al análisis de los datos cualitativos, podemos ver que los ítems podrían agruparse en las siguientes categorías:

- Hábitos y capacidades
- Origen y tratamiento
- Relaciones sociales
- Información

Quedando ordenados los ítems del siguiente modo:

#### **Hábitos y capacidades:**

- Las personas con trastornos mentales son responsables de lo que les ocurre, no puede hacerse responsable a la sociedad de su situación personal
- Las personas con enfermedad mental son menos inteligentes que el resto de la población.
- Las personas con enfermedad mental prefieren no trabajar y no buscan trabajo
- Las personas con trastornos mentales consumen más alcohol y/o drogas que las demás personas

- Creen que no pueden realizar las mismas funciones que las demás personas porque están menos capacitadas que el resto de la población (por ejemplo, trabajar, manejar su dinero, estudiar, vivir solas, etc.)

#### **Origen y tratamiento:**

- Las causas de los trastornos mentales son biológicas
- La medicación es un tratamiento efectivo para los trastornos de salud mental
- La psicoterapia es un tratamiento efectivo para los trastornos de salud mental
- Las personas con trastornos de salud mental nunca llegan a recuperarse totalmente

#### **Relaciones sociales:**

- Las personas con trastornos mentales sólo pueden tener amigos con su misma condición
- Las personas con trastornos mentales sólo pueden tener amistades con su misma condición
- Las personas con enfermedad mental se sienten excluidas de la sociedad

#### **Información:**

- Debería darse más información sobre la salud mental (por ejemplo, campañas informativas, que se explicase en los colegios, etc.).

Si tomamos como medida el número de ítems en cada una de las categorías podemos ver que la referida a “hábitos y capacidades” se encontraría en el primer lugar, con 5 ítems que reflejan las inquietudes de las personas con algún problema de salud mental en relación con el estigma. En segundo lugar, estaría la preocupación expresada en torno al origen y tratamiento de sus problemas, con 4 ítems. En tercer lugar, estaría lo vinculado con la esfera relacional, con 3 ítems y, finalmente, añaden una pregunta sobre la necesidad de tener más información sobre salud mental. A continuación, se muestra una tabla en la que se reflejan los porcentajes de respuesta de la población encuestada en torno a estas inquietudes.

Tabla 8. Porcentajes de respuesta a los ítems derivados del estudio cualitativo

	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Parcialmente desacuerdo	Totalmente desacuerdo
<b>HÁBITOS Y CAPACIDADES</b>					
Las personas con trastornos mentales son responsables de lo que les ocurre, no puede hacerse responsable a la sociedad de su situación personal	2.6	9.5	30.5	24.2	33.2
Las personas con enfermedad mental son menos inteligentes que el resto de la población	1.6	4.0	22.9	17.2	54.3
Las personas con enfermedad mental prefieren no trabajar y no buscan trabajo	1.5	5.7	31.4	20.7	40.7
Las personas con trastornos mentales consumen más alcohol y/o drogas que las demás personas	2.3	10.8	40.9	15.3	30.7
Creer que no pueden realizar las mismas funciones que las demás personas porque están menos capacitadas que el resto de la población (por ejemplo, trabajar, manejar su dinero, estudiar, vivir solas, etc.)	4.0	17.9	33.2	22.3	22.6

## ORIGEN Y TRATAMIENTO:

Las causas de los trastornos mentales son biológicas	<b>4.4</b>	15.4	53.6	13.8	12.8
La medicación es un tratamiento efectivo para los trastornos de salud mental	<b>24.1</b>	36.7	28.9	7.7	2.6
La psicoterapia es un tratamiento efectivo para los trastornos de salud mental	<b>26.5</b>	30.7	36.2	4.4	2.3
Las personas con trastornos de salud mental nunca llegan a recuperarse totalmente	<b>3.1</b>	17.3	39.5	21.4	18.7

## RELACIONES SOCIALES

Las personas con trastornos mentales solo pueden tener amigos con su misma condición	<b>1.6</b>	3.2	19.2	17.2	58.9
Las personas con trastornos mentales solo pueden tener amistades con su misma condición	<b>1.8</b>	3.5	19.3	16.1	59.3
Las personas con enfermedad mental se sienten excluidas de la sociedad	<b>19.8</b>	43.6	28.5	5.7	2.4

## INFORMACIÓN

Debería darse más información sobre la salud mental (por ejemplo, campañas informativas, que se explicase en los colegios, etc.).	<b>60.6</b>	17.1	17.0	2.7	2.6
---	-------------	------	------	-----	-----

En general las respuestas en esta parte de la encuesta tienden al punto medio “*ni de acuerdo, ni en desacuerdo*” siendo en 5 de los 13 ítems la opción con un mayor porcentaje de respuesta, y en el resto, 7 ítems, la segunda de las opciones con mayor frecuencia.

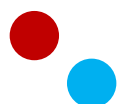
Dentro de las categorías en las que hemos agrupado los diferentes ítems, en el grupo referido a “habilidades y capacidades”, en dos de los ítems (“*Las personas con trastornos mentales consumen más alcohol y/o drogas que las demás personas*” y “*Creen que no pueden realizar las mismas funciones que las demás personas porque están menos capacitadas que el resto de la población (por ejemplo, trabajar, manejar su dinero, estudiar, vivir solas, etc)*”), el mayor porcentaje de respuesta se concentra en el término medio (40.9% y 33,2% respectivamente). Los tres ítems restantes que conforman esta categoría (“*Las personas con trastornos mentales son responsables de lo que les ocurre, no puede hacerse responsable a la sociedad de su situación personal*”; “*Las personas con enfermedad mental son menos inteligentes que el resto de la población*” y “*Las personas con enfermedad mental prefieren no trabajar y no buscan trabajo*”) muestran una tendencia de respuesta hacia la disconformidad con la afirmación (33.2%, 54.3% y 40.7%, respectivamente). Es llamativo que, en estos tres ítems, a pesar de haber respondido mayoritariamente con un “totalmente en desacuerdo”, los porcentajes de respuestas que se posicionan en un término medio son relevantes, siendo las relativas a la responsabilidad individual y a su preferencia por no trabajar superiores al 30%. El ítem que mantiene un porcentaje menor de posiciones intermedias es el que pregunta directamente por la capacidad intelectual de las personas con algún problema de salud mental (22.9%).

Es en la categoría de “**Origen y tratamiento**” donde la gran mayoría de las respuestas, en frecuencia, se situaría en la posición de “*ni de acuerdo, ni en desacuerdo*”. Cuando se solicita el grado de acuerdo con la afirmación “*Las causas de los trastornos mentales son biológicas*”, más de la mitad de la muestra responde sin posicionarse (53.6%). Respecto al tratamiento, los encuestados están mayoritariamente de acuerdo en la *efectividad de la medicación* (36.7% parcialmente de acuerdo y 24.1% totalmente de acuerdo), estando un 28,9% “*ni de acuerdo, ni en desacuerdo*”. Es en la valoración que se solicita sobre el *efecto de la psicoterapia* donde volvemos a encontrar una mayor indecisión (36,2%), aunque predomina la tendencia a la conformidad con la afirmación (26.5% totalmente de acuerdo y 30.7% parcialmente de acuerdo). El último ítem que completa la categoría se centra en descubrir la percepción de la población general sobre las *posibilidades de recuperación* del colectivo, siendo, de nuevo, el porcentaje más elevado el de “*ni de acuerdo, ni en desacuerdo*”, con un 39.5%. El resto de respuestas

se reparten entre las otras opciones, siendo llamativo que solamente un 3,1% está totalmente de acuerdo con esta aseveración.

En categoría de “**Relaciones Sociales**” encontramos que esta tendencia al término medio se revierte, siendo los porcentajes de desacuerdo total ante las preguntas de “*Las personas con trastornos mentales sólo pueden tener amigos/amistades con su misma condición*” de 58.9% y 59.3%, respectivamente. El ítem que contiene la afirmación “*Las personas con enfermedad mental se sienten excluidas de la sociedad*” obtiene un 43.6% en acuerdo parcial, siendo la respuesta intermedia la siguiente con un 28.5%.

Finalmente, la mayoría de encuestados se muestra totalmente de acuerdo en la necesidad de “*Dar más información sobre la salud mental (por ejemplo, campañas informativas, que se explicase en los colegios, etc.)*”, concretamente un 60.6% y un 17,1% parcialmente de acuerdo. En esta pregunta el porcentaje de personas que no está de acuerdo ni en desacuerdo con la afirmación es del 17%. La conformidad con la solicitud de mayor información puede ser consistente con la tendencia a la falta de posicionamiento observado en las respuestas anteriores.







## 4. CONCLUSIONES

El presente estudio analiza el estigma asociado a los problemas de salud mental existente en España implementado una encuesta de carácter innovador en cuanto a su desarrollo y planteamiento. De este modo, se ha dado valor a los temas señalados como relevantes en relación al estigma señalados por las propias personas afectadas, así como se destaca el carácter interseccional y enfoque de género de la investigación. Los resultados analizados hasta el momento permiten realizar un primer análisis de los datos que llevan a considerar las conclusiones que se detallan a continuación:

### CONTACTO CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Resulta importante señalar las características de la muestra encuestada. El 21% reconoció tener o haber tenido problemas de salud mental alguna vez en su vida. Este dato se corresponde con la información aportada por la OMS (2013), que apunta a que cerca de un 25% de la población sufrirá un problema de salud mental (1 de cada 4 personas). Cabe destacar que teniendo en cuenta estas cifras y el tamaño medio familiar, se espera que el 100% de la población mundial entre en contacto con los problemas de salud mental alguna vez en su vida, ya sea en primera persona o a través de un familiar cercano.

Los datos de contacto directo con personas con problemas de salud mental son similares a los de prevalencia: 1 de cada 4 personas dicen convivir con una persona con problemas de salud mental, y la mayoría (64%) conocen a una persona con esta condición.

Estos datos deben hacernos reflexionar sobre el hecho de que la estigmatización de las personas con problemas de salud mental tarde o temprano termina afectándonos a todos y todas. La pandemia ha venido a corroborar esta afirmación de forma tajante. Es, por tanto, un proceso de estigmatización que va a implicar a toda la población mundial en algún momento de su vida y que, por tanto, merece un análisis y unas intervenciones sociales urgentes.

## REVELACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

La buena disposición de las personas entrevistadas a hablar de los problemas de salud mental que pudiera estar viviendo otra persona (el 96,5% se muestra dispuesto a hablar del tema), es una buena señal de disposición a entender mejor este tipo de problemática y su significado personal y, por tanto, un primer paso para vencer el estigma hacia las personas afectadas.

En el caso de hablar de un problema de salud mental propio, la muestra tendió a responder que lo hablarían sobre todo con personas en las que confiaran (amigos/as, compañeros/as de trabajo, etc.) y, en caso de hacerlo de forma profesional, se prefieren los profesionales de la Psicología. Esta disposición a compartir experiencias puede ser un factor protector clave frente al malestar psíquico, aunque contrasta con los datos de los estudios más actuales que indican que las personas en esta situación suelen tardar entre 4-5 años en ponerse en contacto de profesionales (bien es cierto que todos los estudios son previos a la pandemia, que ha podido modificar estas tendencias de forma significativa). Cualquier avance en este sentido debe ser bienvenido porque una mayor comunicación conlleva un menor estigma (efecto “salid del armario”) y facilita intervenciones más tempranas y, por tanto, efectivas.

## LENGUAJE Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Uno de los puntos que denotan la presencia de un estigma hacia las personas que tienen problemas de salud mental hace referencia a las palabras empleadas para referirse a las personas afectadas. El uso de palabras como *locos*, *zumbados* o *enfermos* (obsérvese que todas están en masculino) para referirse a las personas en esta situación avisa de la presencia de un estigma relevante hacia esta población.

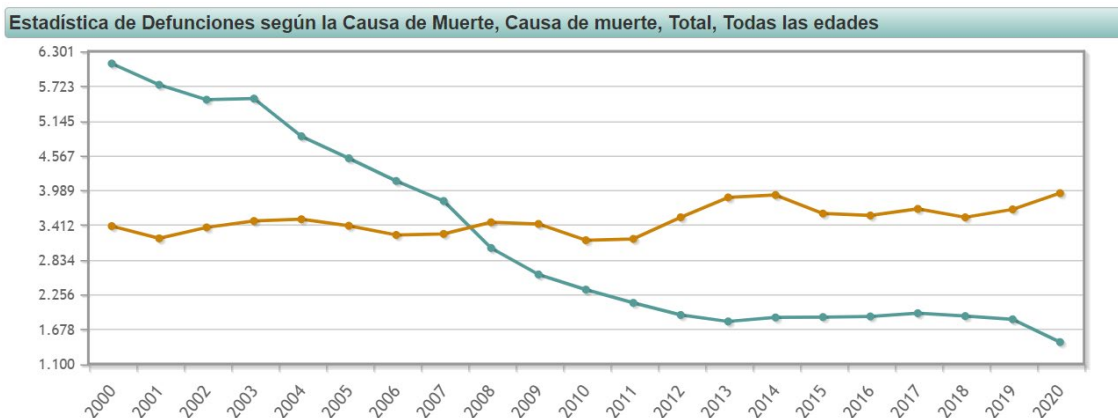
El **lenguaje** empleado para referirse a las personas con problemas de salud mental es estigmatizante y poco inclusivo, y muestra la confusión entre trastorno mental y discapacidad intelectual (por ejemplo, al emplear términos como incapacitados/as mentales, retrasados/as, discapacitados/as o incluso deficientes).

En el caso de los **medios de comunicación**, el 68% de la muestra considera que habría que informar del diagnóstico cuando la persona comete un delito, sin existir diferencias entre hombres y mujeres en este dato. Debe señalarse como la inclusión de esa información vulnera en la mayoría de los casos las leyes de protección de datos y, en la inmensa mayoría de las ocasiones no aporta información relevante a la explicación del delito. Por ello, la difusión pública de esa información puede considerarse un

comportamiento estigmatizante. El imaginario social explicaría que la violencia está relacionada con algún diagnóstico de salud mental. Este tipo de pensamiento podría suponer un riesgo al relacionar la violencia con la problemática asociada a la salud mental, resultando coherente con el tratamiento que tradicionalmente se ha hecho del trastorno mental en los medios de comunicación y producciones culturales (cine, teatro, televisión, literatura, etc.) (Crespo et al., 2011; Muñoz et al., 2009). Por tanto, es importante educar a los medios de comunicación a usar adecuadamente los términos y las atribuciones de las personas, para cambiar la tendencia y conseguir generar un impacto positivo. Tal y como afirma Cuenca (2003), con el fin de comprender el mantenimiento de la estigmatización de las personas con trastornos mentales en nuestra sociedad, es ineludible atender al papel de los medios de comunicación de masas, probablemente los mayores agentes cristalizadores y difusores de las distintas tendencias sociales, cuya capacidad de influencia se observa en su creciente peso en la formación de las percepciones y actitudes sociales. De hecho, se ha subrayado la responsabilidad de los medios de comunicación en la perpetuación de estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias, como consecuencia de la representación negativa e imprecisa que hacen de los trastornos mentales (Cutcliffe y Hannigan, 2001).

El 78% de la muestra considera que es necesaria una **mayor información** acerca de los problemas de salud mental. Habrá que tener en cuenta que esta información debe cumplir una serie de características que permitan lograr un conocimiento ajustado a la realidad y no replicar modelos de transmisión de la información que generan mayor estigma (Fábregas et al., 2018; FEAFES, 2008). A pesar de que la muestra reconoce esta necesidad, la realidad es que es tras la pandemia por Covid-19 cuando se le está dando relevancia social a la necesidad de cuidado y conocimiento más amplio en salud mental, pero resulta paradójico que a nivel estatal se destinen importantes inversiones en campañas de sensibilización y modificaciones legislativas en otros ámbitos importantes como la seguridad vial, cuyo impacto social es evidente, pero no se destinen esos mismos esfuerzos a lo que tiene que ver con la salud mental que provoca sufrimiento personal, carga familiar, pérdidas laborales y, lo más importante, pérdida de vidas humanas similares a otros trastornos y enfermedades que tienen un mayor esfuerzo económico y social. Como puede verse en la Figura 40, mientras el número de suicidios permanece constante, las intervenciones dirigidas a la reducción de fallecimientos por accidente de tráfico han resultado efectivas y estas se han desarrollado mediante campañas, cambios legislativos en ley de seguridad vial y otras modificaciones estructurales. Por tanto, parece razonable pensar que la realización de campañas y modificaciones estructurales en el abordaje de los problemas de salud

mental contribuiría a reducir el estigma y, por tanto, los efectos perniciosos de los trastornos mentales (Mascayano et al., 2015; Heijnders y Van Der Meij, 2006).



Evolución Defunciones por accidentes de tráfico (verde) vs suicidios (amarillo). Fuente INE, 2022.

## DISTANCIA SOCIAL

La **intención de distancia social** es uno de los mejores indicadores de estigma ya que nos informa sobre intenciones de comportamiento (discriminación). Comenzamos puntualizando que en los resultados de los niveles de intención de distancia social hacia personas con problemas de salud mental se observa que el 30,5% de la muestra tiene una intención de distancia social media y el 13,9% una distancia social elevada. Sumando estas dos valoraciones que aportan información más desfavorable hacia el colectivo, obtenemos un total del 44,4% que muestra una intención media-baja de acercamiento a las personas con un problema de salud mental. Puede destacarse como un 65% de las personas entrevistadas rechaza vivir con una persona con trastorno mental, a un 40% no le gustaría que sus hijos se relacionasen con personas con problemas de salud mental y 1 de cada 3 no mantendría una amistad con una persona con trastorno mental. Por otra parte, el 55,6% sí que estaría dispuesta a tener un contacto más cercano con estas personas.

Se observa que a medida que la relación exige una mayor **intimidad**, parece incrementarse la distancia social manifestada por parte de la muestra, esto sucede independientemente del género. Sería interesante reflexionar en qué medida esta situación se complica aún más debido a factores estructurales que no permiten acceso digno a situaciones de vivienda, salvo que se disponga de recursos económicos suficientes. Situaciones de convivencia limitantes y con aportaciones económicas precarias, no generan escenarios proclives a propiciar elementos facilitadores a una

convivencia cotidiana dado el carácter restrictivo que estas situaciones aportan a las personas.

Sin duda, el que una mitad de la población reconozca no tener intención de mantener relaciones personales con las personas que pasan por un problema de salud mental, y 2 de cada 3 prefieran no convivir con ellas, es uno de los peores resultados del presente estudio que, unido a la terminología empleada, identifican las tendencias estigmatizantes presentes en la población española. También es interesante remarcar que, en contra de nuestras hipótesis, no se observan diferencias de género en esta variable.

También se operativizó la opinión respecto a la **distancia de los servicios** para personas con problemas de salud mental preguntando a la población si les gustaría disponer de recursos en el barrio de residencia para esta población, y sólo un 6,1% muestran su oposición y un 67% indica que le gustaría contar con ese tipo de recursos en su barrio. Estos datos que a priori resultan positivos contrastan con la realidad de protestas que a lo largo de los últimos 30 años se han producido en nuestras ciudades ante la apertura de recursos de atención a personas con trastornos mentales. Ante las situaciones de rechazo sucedidas en el pasado, han sido los profesionales de los centros los que han realizado la labor de sensibilización, generando acciones para tratar de modificar estos escenarios sociales. La intervención para reducir este estigma social pretende que esto deje de suceder, bien por cambios estructurales que favorezcan la normalización de estos recursos, bien por la reducción del estigma social en el medio y largo plazo.

## ACTITUDES HACIA LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

En cuanto a las **actitudes** respecto a las personas con un problema de salud mental, como variable general se observan niveles intermedios pero muy numerosos (el 64% de la muestra informa de estigma medio o alto). Con presencia de un pequeño porcentaje de personas que reconocen tener niveles elevados de estigma ante algunos aspectos de esta condición. Así, se aprecian niveles medios en **autoritarismo** en cerca de la mitad de la muestra (40,64%), y en dos tercios de esta en **restricción social**. Si unimos estas puntuaciones a las altas, tendríamos que un 42,32% de las personas entrevistadas manifiestan tendencias autoritarias hacia las personas con problemas de salud mental, y un 69,29% tendrían planteamientos restrictivos hacia este colectivo. Solo con este dato se justificaría la necesidad de realizar intervenciones para reducir el estigma, pero además en relación a las atribuciones sobre la salud mental hay un 56%

de la muestra que manifiesta atribuciones negativas y un 8% altas en el cuestionario de atribución AQ-9. En una situación ideal, la mayor parte de la población tendría niveles bajos de estigma hacia los problemas de salud mental. En este caso, el 64% manifiesta atribuciones negativas susceptibles de mejora. Factores como la Coacción para que la persona se ponga en tratamiento (6,45/9), la creencia de que van a necesitar Ayuda de forma recurrente (6,44/9) o la Pena (5,88/9) aparecen con puntuaciones medias/altas y solo el Enfado hacia estas personas (2,75/9) y la consideración de que tienen la Culpa de su situación (2,27/9), se sitúan en niveles bajos de puntuación mientras que el resto de los factores ofrecen puntuaciones intermedias susceptibles también de intervención. Por tanto, parece que resulta necesaria la intervención para favorecer contextos sociales más integradores e inclusivos.

## VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ESTIGMA

En lo relacionado con las características sociodemográficas analizadas, las diferencias encontradas son, en general, pequeñas y poco significativas estadísticamente, mostrando una cierta homogeneidad de la población española en relación con el estigma hacia las personas con problemas de salud mental. En relación con la **edad**, los jóvenes presentan menor intención de distancia social y menor estigma, sin embargo, resultan ser más benevolentes y con menor ideología comunitaria en salud mental. Puntúan con mayor estigma en Miedo, Culpa y Segregación. Estos resultados podrían considerarse un tanto contradictorios sobre todo en referencia a la Segregación, puesto que una menor intención de distancia social no se entiende con puntuaciones elevadas en dicho factor. Puede pensarse que factores como la deseabilidad social o un falso idealismo puedan estar influyendo en estos resultados. Por otro lado, el hecho de que haya creencias contrarias a la ideología comunitaria puede dar una pista del sentido de las atribuciones de Segregación, puesto que la ideología comunitaria centra sus esfuerzos en la integración de las personas con problemas de salud mental en la comunidad. Los mayores sin embargo presentan un mayor estigma en distancia social y mayor en Restricción social y Coacción, resultando por tanto coherentes los resultados entre ambas medidas.

En lo relacionado con el **nivel de estudios** de la persona entrevistada, los resultados señalan una tendencia muy clara en el sentido de que los estudios modulan el estigma hacia las personas con problemas de salud mental. A mayor nivel de estudios, la intención de acercamiento hacia estas personas es más alto a la vez que se reducen las atribuciones negativas.

En la dimensión de residencia en un área **rural o urbana**, de nuevo, las diferencias son pequeñas (debe recordarse que en el presente estudio se entiende por rural las poblaciones de menos de 30.000 h.). En general, tanto la población urbana como la población rural muestran una actitud positiva hacia el contacto con población de personas con problemas de salud mental. Puede remarcarse la observación de una tendencia que parece indicar que la población urbana muestra más creencias de peligrosidad, miedo y evitación. Por una parte, el ambiente social de la comunidad en los ámbitos rurales puede ser un facilitador, derivado del conocimiento y la cercanía, así como de la necesidad de recibir ayuda y la facilidad para proporcionarla en entornos de menor población. Por otra parte, esto a su vez supone un elemento de riesgo ante la reducción del anonimato, algo que sí se facilita en contextos urbanos más poblados. Es decir, por un lado, el entorno rural favorece procesos de ayuda y puede llegar a otorgar un papel en el contexto social a la persona que padece un problema psicológico, lo que tiene sus ventajas y desventajas; y de la misma manera, el contexto urbano proporciona anonimato, pero también reduce las oportunidades de dar y recibir ayuda informal, no así profesional (McDonel et al, 1997).

Una de las mayores diferencias encontradas en el presente estudio hace referencia al hecho de que las personas que han vivido la **experiencia en primera persona de los problemas de salud mental** presentan un estigma más bajo que el resto de la población en todas las medidas empleadas y con un tamaño del efecto medio, que llega a estar por encima del 30%. Tienen una menor distancia social, y además reflejan menores niveles de autoritarismo y restricción social. Por otra parte, no consideran que los problemas de salud mental sean culpa de la persona que los vive, tienen menos creencias de que sea necesario segregar a estas personas y presentan menores niveles de enfado y evitación. Sin embargo, muestran actitudes más estigmatizantes con respecto a la creencia de que las personas con problemas de salud mental necesitan más ayuda. Esto puede tener que ver con las experiencias propias, con la internalización del estigma, o bien con la auto-devaluación de las capacidades.

Del mismo modo, teniendo en cuenta el **contacto** con personas con problemas de salud mental, aquellas personas que conocen a alguien con esta condición tienden a estigmatizar mucho menos, con diferencias significativas cercanas al 50% con respecto a las personas que no tienen gente conocida con problemas de salud mental. Esta variable es la que mayores diferencias muestra de todo el estudio, y se deduce de los datos que las personas que conocen la problemática tienen menor intención de distancia social y actitudes más positivas. Por otro lado, el **convivir** con una persona con problemas de salud mental también mejora las actitudes y reduce el estigma, con unas



diferencias de alrededor del 30% con respecto a aquellas personas que no han convivido nunca con personas con problemas. En ambos casos, tanto aquellas personas que conocen como aquellas que conviven con personas con problemas de salud mental, los niveles de estigma en la dimensión de ayuda son más altos.

Sin duda, este es uno de los puntos de mayor interés del estudio. Si es cierto que las personas que conocen a otras personas con problemas estigmatizan menos, entonces una intervención que promoviese el que todos y todas conociésemos a personas con problemas de salud mental tendría una efectividad muy importante. Si consideramos los datos epidemiológicos, lo cierto es que las personas con problemas de salud mental serán alrededor de 1 de cada 4, teniendo esto en cuenta, las campañas de “salir del armario” y hablar abiertamente de la salud mental podrían ser unas estrategias de enorme efectividad para provocar un cambio social rápido en el estigma hacia los trastornos mentales.

En cuanto a las diferencias por **profesiones**, debemos advertir que no se ha comprobado la significación estadística entre los grupos, que dejamos para un análisis próximo más detallado, por lo que las conclusiones deben tomarse con precaución. Teniendo esto en cuenta, los resultados señalan que aquellas personas que están vinculadas laboralmente a la seguridad muestran actitudes más autoritarias y restrictivas. Las profesiones vinculadas al ámbito social, el voluntariado o la enseñanza, muestran mejores puntuaciones en benevolencia y son aquellas personas vinculadas al voluntariado quienes muestran una ideología más cercana a la intervención comunitaria, curiosamente seguidas del personal de seguridad privada. Entre las profesiones que presentan actitudes más estigmatizantes, se encuentran aquellas vinculadas a la administración de justicia, seguidas de los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado. Llama la atención el que los profesionales de atención al público y los sanitarios se encuentren también entre los profesionales más estigmatizantes. Cuestión sin duda preocupante.

En comparación con el resto de las profesiones, aquellas personas que trabajan en medios de comunicación obtienen puntuaciones intermedias o más bajas que el resto. Estos resultados se podrían poner en relación con el esfuerzo que se viene realizando en los últimos años por parte del tejido asociativo para identificar y poner de relieve aquellas noticias negativas sesgadas por etiquetas diagnósticas vinculadas a salud mental. Parece que los medios de comunicación, además de utilizar con mayor frecuencia los libros de estilo en este ámbito, estarían en niveles de estigma menores que otros sectores como el de la seguridad/justicia, que ofrece puntuaciones medias

altas en comparación con el resto de las profesiones. Esto parece indicar la necesidad de continuar con campañas de sensibilización para la población general, pero hacer hincapié por su relevancia en el estigma en medios de comunicación, y diseñarlas también para lograr esto mismo en el ámbito judicial y de seguridad, así como educativo y sanitario.

## ÍTEMS PROVENIENTES DEL ESTUDIO CUALITATIVO

Si tomamos como una referencia el número de ítems en cada una de las categorías, las referentes a los hábitos y las cualidades de las personas con problemas de salud mental, así como el origen y el tratamiento de la enfermedad, serían las que más importancia tendrían para las personas con diagnóstico. Paradójicamente, han sido las dos categorías en las que menos se han posicionado aquellas personas que contestaron la encuesta.

El análisis de los datos derivados del estudio cualitativo en relación con los tratamientos muestra que, recopilando los datos de “totalmente de acuerdo” y “parcialmente de acuerdo” el 20,4% de la muestra está de acuerdo con que las personas con trastornos mentales nunca llegan a recuperarse. De forma paralela, un 20% cree que las causas de los problemas de salud mental son biológicas. Aunque, un 57,2% cree que la psicoterapia es efectiva y un 60,8% opina lo mismo de los tratamientos farmacológicos.

Al analizar las sensaciones de exclusión vividas por las personas con trastornos, el ítem que contiene la afirmación “*Las personas con enfermedad mental se sienten excluidas de la sociedad*” es apoyado por casi 1 de cada 3 personas entrevistadas (63,4%).

Otro dato a destacar el hecho de que un 77,7% opina que debería darse más información sobre salud mental en la educación y los medios de comunicación. Por un lado, cabe señalar el pobre abordaje que se hace de la salud mental en la educación en todos sus niveles y del estigma en particular (por ejemplo, no existe ninguna asignatura de grado universitario centrada en el estigma de los trastornos mentales). Igualmente, se hace patente la falta de seguimiento que se hace en los medios de comunicación de los temas relacionados con la salud mental que, con gran frecuencia, solamente se cita para informar de delitos violentos. La información sobre nuevos tratamientos farmacológicos (los más presentes en los medios de comunicación) y psicológicos (menos presentes), apertura de nuevos recursos, etc. es poco frecuente en los medios.

Un aspecto que llama la atención es el hecho de que una gran parte de las personas entrevistadas prefiere no posicionarse y emitir respuestas neutras o intermedias. Este

tipo de tendencia podría ser indicativa de la falta de información sobre los problemas de salud mental presente en la población general, así como de la presencia de actitudes estigmatizantes. Si bien es cierto que en muchos casos la razón podría ser el desconocimiento, las respuestas aportadas también podrían estar influidas por cierta deseabilidad social, pudiendo operar una tendencia a la respuesta neutra con el fin de no mostrar abiertamente una actitud negativa hacia el colectivo de personas con problemas de salud mental.

En todo caso y, a falta de un estudio más en profundidad de este fenómeno, podemos sospechar que al igual que la deseabilidad social, la indiferencia mostrada a través del escaso interés por posicionarse, podrían considerarse como posibles manifestaciones del estigma social ya que contribuiría a la invisibilidad tanto de la situación de estigma como de las personas que lo experimentan.

Esta forma de responder a las preocupaciones que las personas con problemas de salud mental querían compartir con la población general puede resultar relevante de cara a un futuro esfuerzo por clarificar los procesos que influyen en las actitudes de la población, así como plantear nuevas maneras de preguntar que impliquen un mayor posicionamiento.

## **ANÁLISIS EN FUNCIÓN DEL GÉNERO**

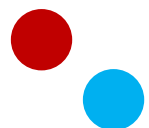
La relevancia dada en el presente estudio al enfoque de género nos obliga a señalar que en este primer avance de resultados se ha llevado a cabo un acercamiento sencillo al análisis de las diferencias entre varones y mujeres tanto en el sentido de la persona que responde la encuesta, como en el de la persona estigmatizada. Aunque en el presente informe se avanzan algunos resultados iniciales, se ha dejado para más adelante un análisis específico que permita valorar la importancia del género en la percepción de los problemas de salud mental en todas sus dimensiones.

En relación con el género de la persona que responde, los resultados generales encuentran diferencias significativas. Los datos parecen apuntar a que los hombres son significativamente más autoritarios, pero con mayor ideología comunitaria de salud mental, mientras que las mujeres son más benevolentes y exponen mayores creencias de pena, peligrosidad y miedo. A pesar de que el tamaño del efecto es pequeño en todas estas comparaciones, revelando una relación leve entre las variables, existe una tendencia hacia un mayor estigma (de benevolencia, pena, peligrosidad y miedo) por parte de las mujeres que debe ser tenido en cuenta. Si bien hay estudios que muestran

que las mujeres poseen una mayor capacidad para la detección y expresión emocional (Abbruzzese et al., 2019) que podría explicar la presencia de benevolencia y pena como partes integrantes del rol tradicional femenino, habría que tener en cuenta que esta supuesta capacidad puede estar vinculada a determinantes sociales como la educación, procesos de socialización diferentes según el género, etc.

Los análisis iniciales realizados en función del género al que se refiere el cuestionario, en general, muestran unas diferencias entre varones y mujeres pequeñas y poco significativas estadísticamente. En estos casos, las mujeres reciben un mayor nivel de autoritarismo que los hombres de forma significativa (8,74 vs 8,94). Aunque, por otra parte, las atribuciones hacia las mujeres son ligeramente menos estigmatizantes que hacia los hombres (39,33 vs 40,71). De forma más específica, en las atribuciones de peligrosidad, miedo, culpa, evitación y coacción, existe una tendencia a estigmatizar más a los hombres; mientras que este estigma es mayor para las mujeres en la atribución de ayuda.

Este primer análisis parece ser coherente con la perpetuación e imaginario social respecto a los roles de género e interseccionalidad del estigma. Así, la mujer con un problema de salud mental parece ser vista como más necesitada de ayuda, del mismo modo que se es más autoritario hacia ellas. Mientras que, en el caso de los hombres con un problema de salud mental, parecen ser vistos como más peligrosos, generando así más miedo y culpa hacia ellos, resultando coherente con las situaciones complejas a nivel social y comunitario que se encuentran en la práctica diaria para la inclusión de las personas con problemas de salud mental. Aunque de nuevo, es necesario destacar que estas conclusiones son preliminares a falta de un estudio más detallado de los resultados.

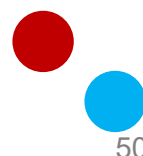




## 5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Aunque en el presente estudio se ha empleado una metodología rigurosa, exigente y múltiple, el trabajo no ha estado exento de ciertas limitaciones que deben señalarse.

- La muestra es aleatoria y representativa a nivel nacional, pero no permite un análisis específico para las comunidades autónomas menos pobladas, ni tampoco para zonas rurales.
- Los puntos de corte son meramente descriptivos y ad hoc para este estudio. No vienen dados por las escalas, se emplean a nivel informativo, exclusivamente. De hecho, en una variable como el estigma social, su mera presencia ya debe ser interpretada como un factor negativo, poniendo en duda la existencia de niveles de respuesta medios o moderados, siendo socialmente rigurosos, todas las respuestas estigmatizantes deben considerarse negativas en una sociedad pretendidamente inclusiva.
- El cálculo de los tamaños del efecto observados se ve afectado por el gran tamaño de la muestra, que genera una tendencia a infraestimar las diferencias.
- La deseabilidad social en un tema tan sensible como el abordado en el presente estudio podría influir de forma importante en la tendencia de respuesta de las personas entrevistadas, llevando a ofrecer una imagen más positiva de lo que podríamos encontrar en la realidad.
- Se aprecia una escasez de muestra no binaria que no ha permitido un análisis pormenorizado de este sector de la muestra. El hecho de que haya pocas personas no binarias puede reflejar los problemas de acceso a las mismas, problemas a la hora de reconocer esa condición debido a la propia condición, o al responder al propio cuestionario.





## 6. RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN

En función de este primer acercamiento al análisis de los resultados del **Estudio sobre el estigma en la población española** y centrándonos en las personas con problemas de salud mental, se pueden hacer algunas recomendaciones de acción.

En primer lugar, desde nuestro punto de vista académico y profesional, es necesario seguir **realizando investigación** que permita un mejor conocimiento de la realidad que viven las personas con problemas de salud mental. El conocimiento del estigma puede facilitar cambios legislativos y políticas sociales centradas en las verdaderas necesidades y problemas de las personas con problemas de salud mental, más allá de las claras necesidades sanitarias.

En segundo lugar, resulta necesaria la **reducción del estigma** social asociado a los problemas de salud mental tanto en la población general, como en grupos específicos. En este sentido, la coordinación de estrategias de lucha contra el estigma mediante **campañas sociales** de larga duración ha mostrado ser una herramienta útil. Un ejemplo a seguir pudieran ser las campañas británicas o canadienses que llevan más de una década en funcionamiento. De acuerdo con la evidencia acumulada hasta el momento por la investigación científica, dichas campañas deberían combinar estrategias de protesta, psicoeducativas y de contacto para reducir el estigma. Y tener como objetivos principales al menos los siguientes:

- **Facilitar un mayor conocimiento de la situación de las personas con problemas de salud mental** y acercar a la población una visión realista y humana del problema mediante acciones educativas formales e informales.
- **Educar en un uso adecuado del lenguaje** a la población y a los medios de comunicación.
- **Controlar la presencia de noticias estigmatizantes** en los medios de comunicación y redes sociales.
- **Identificar y actuar socialmente** (información, contacto, etc.) sobre los grupos minoritarios y socialmente activos en contra de las personas afectadas, por ejemplo, en lo relativo a la ubicación de nuevos recursos en los vecindarios.
- **Identificar y generar programas formativos** para los grupos profesionales que llevan a cabo comportamientos de atención directa y tomas de decisiones que, potencialmente, pudieran resultar más estigmatizantes. Por ejemplo, la Cátedra

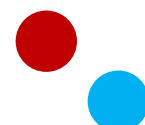


UCM-Grupo 5 Contra el estigma ha colaborado con la Organización Mundial de la Salud en el diseño e impartición de programas anti-estigma para profesionales sanitarios, algo similar podría hacerse para otros grupos profesionales.

- **Implementar nuevos programas de intervención centrados en las propias personas que viven y han vivido los problemas de salud mental.** Programas que fomenten la prevención, la intervención psicológica y social de la población atendida en los distintos servicios y acciones que faciliten la revelación (“salida del armario”) de la población oculta. Un ejemplo, podría consistir en el fomento del asociacionismo de las personas y familias afectadas. En esta línea, desde los recursos de atención a salud mental, sería útil diseñar programas de intervención para reducir el estigma social e internalizado que incluyan actividades psicoeducativas, contacto social significativo y campañas de sensibilización. Sería necesario que estas actividades perduren en el tiempo para que resulten efectivas y los cambios se consoliden.
- **Conseguir que las personas con problemas de salud mental participen de forma activa** en el diseño e implementación de las acciones anti-estigma en todos sus niveles.
- **Aplicar un enfoque de género** que permita seguir profundizando en el estudio de la realidad de las mujeres con problemas de salud mental.

En tercer lugar, cabe destacar la necesidad de un estudio en mayor profundidad del que se deriven intervenciones sobre el **estigma interseccional y el género** asociado a los problemas de salud mental. La elaboración de investigación con perspectiva de género debe ser una prioridad que permita la detección de necesidades específicas desde una perspectiva basada en la igualdad, que tenga en cuenta los múltiples aspectos sociales diferenciales que pueden afectar a diversos colectivos.

En este sentido, la **Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el estigma** es una plataforma que a través de la colaboración universidad – empresa persigue unos objetivos de creación y traslado del conocimiento a la sociedad para facilitar la aplicación de metodologías científicas de formación, intervención psicológica y social a la eliminación del estigma asociado a las condiciones de salud mental, discapacidad y exclusión social extrema.





## 7. REFERENCIAS

- Abbruzzese, L., Magnani, N., Robertson, I.H. & Mancuso, M. (2019). Age and Gender Differences in Emotion Recognition. *Frontiers in Psychology*. 10:2371. doi: 10.3389/fpsyg.2019.02371
- Aznar-Lou, I., Serrano-Blanco, A., Fernández, A., Luciano, J. V., & Rubio-Valera, M. (2016). Attitudes and intended behaviour to mental disorders and associated factors in catalan population, Spain: Cross-sectional population-based survey. *BMC Public Health*, 16(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/S12889-016-2815-5/TABLES/5>
- Boyd, J., Muñoz, M., González-Sanguino, C., Harris, J., & Sampson, I. (2022). Consequences of the Self-Stigma of Mental Illness. In D. Vogel & N. Wade (Eds.), *The Cambridge Handbook of Stigma and Mental Health* (Cambridge Handbooks in Psychology, pp. 88-110). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/9781108920995.008
- Castaño, Ana M., Yolanda Fontanil, and Antonio L. García-Izquierdo. 2019. "“Why Can't I Become a Manager?”—A Systematic Review of Gender Stereotypes and Organizational Discrimination". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, no. 10: 1813. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101813>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, 45(1), 11–27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48–67. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.1.48>
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychological science in the public interest : a journal of the American Psychological Society*, 15(2), 37–70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 8(2), 75–81. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>
- Corrigan, P. W., Powell, K. J., & Michaels, P. J. (2014). Brief battery for measurement of stigmatizing versus affirming attitudes about mental illness. *Psychiatry Research*, 215(2), 466–470. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2013.12.006>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people

- with mental illness. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 1(1), 16–20.
- Crespo, M., Pérez-Santos, E., Muñoz, M., & Guillén, A. I. (2008). Descriptive study of stigma associated with severe and persistent mental illness among the general population of Madrid (Spain). *Community mental health journal*, 44(6), 393–403. <https://doi.org/10.1007/s10597-008-9142-y>
  - Cuenca, O. (2003). El estigma de la enfermedad mental en los medios de comunicación. In J.J. López-Ibor; J. Gómez y J. Gutiérrez (Eds). *Retos para la Psiquiatría y la Salud Mental en España* (pp. 309-320). Ars Médica.
  - Cutcliffe, J. R., & Hannigan, B. (2001). Mass Media, "monsters" and mental health clients: The need for increased lobbying. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 315-321.
  - Fredman, S. (2016). *Intersectional discrimination in EU gender equality and non-discrimination law*, Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2838/241520>
  - Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Flach, C., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2011). Development and Psychometric Properties of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS): A Stigma Related Behaviour Measure. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(3), 263-271.
  - Fábregas, M., Tafur, A., Guillén, A., Bolaños, L., et al. *Guía de estilo sobre salud mental para medios de comunicación: las palabras sí importan*. Confederación Salud Mental España 2018.
  - FEAFES. *Guía de estilo sobre medios de comunicación y salud mental*. 2008.
  - Garrido, A. y Alvaro, J. (2007). *Psicología social. Perspectivas psicológicas y sociológicas*. Madrid: McGraw-Hill
  - Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
  - González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. A., Saiz, J., & Muñoz, M. (2021). Mental health consequences of the Covid-19 outbreak in Spain. A longitudinal study of the alarm situation and return to the new normality. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 107, 110219. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110219>
  - Groot, C, Rehm, I, Andrews, C, Hobern, B, Morgan, R, Green, H, Sweeney, L, and Blanchard, M (2020). *Report on Findings from the Our Turn to Speak Survey: Understanding the impact of stigma and discrimination on people living with complex mental health issues*. Anne Deveson Research Centre, SANE Australia. Melbourne
  - Heijnders, M. & Van Der Meij, S. (2012). The fight against stigma: an overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychological Health Medicine*, 11(3):353-363.
  - Högberg, T., Magnusson, A., Lützén, K., & Ewalds-Kvist, B. (2012). Swedish attitudes towards persons with mental illness. *Nordic journal of psychiatry*, 66(2), 86–96.

<https://doi.org/10.3109/08039488.2011.596947>

- Ilic, N., Henderson, H., Henderson, C., Evans-lacko, S., & Thornicroft, G. (2014). *Health Survey for England, 2014: Chapter 3, Attitudes towards mental illness. 1*, 1–15. <http://healthsurvey.hscic.gov.uk/media/37730/HSE2014-Ch3-Attitudes-towards-mental-illness.pdf>
- Leiderman, E. A., Vazquez, G., Berizzo, C., Bonifacio, A., Bruscoli, N., Capria, J. I., Ehrenhaus, B., Guerrero, M., Guerrero, M., Lolich, M., & Milev, R. (2011). Public knowledge, beliefs and attitudes towards patients with schizophrenia: Buenos Aires. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *46*(4), 281–290. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0196-0>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, *27*, 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C. y Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, *38*(1):53-58
- McDonel, E.C., Bond, G.R., Salyers, M., et al. (1997). "Implementing assertive community treatment programs in rural areas", *Administration and Policy in Mental Health*, *25*(2), 153-173.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). *Encuesta Nacional de Salud ENSE, 2017*. Web del Ministerio de Sanidad, consumo y Bienestar Social. Recuperado de [https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD\\_MENTAL.pdf](https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf)
- Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M., y Guillén, A. (2009). *Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense.
- Muñoz, M. López, A., González, S. y Ugidos, C. (2020) *Guía de buenas prácticas contra el estigma*. Valencia: Grupo 5.
- Ochoa, S., Martínez-Zambrano, F., Vila-Badia, R., Arenas, O., Casas-Anguera, E., García-Morales, E., Villellas, R., Martín, J. R., Pérez-Franco, M. B., Valduciel, T., García-Franco, M., Miguel, J., Balsera, J., Pascual, G., Julia, E., Casellas, D., & Haro, J. M. (2016). Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental - Journal of Psychiatry and Mental Health*, *9*(3), 150–157. <https://doi.org/10.1016/J.RPSM.2015.02.002>
- Oram, S., Khalifeh, H., & Howard, L. M. (2017). Violence against women and mental health. *The lancet. Psychiatry*, *4*(2), 159–170. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30261-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30261-9)
- Organización Mundial de la Salud (2013). Programa Mundial de Acción en salud Mental. Web de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/es/](https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/)

- Overton, S. L., & Medina, S. L. (2008). The stigma of mental illness. *Journal of Counseling & Development*, 86(2), 143–151. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2008.tb00491.x>
- Pescosolido, B. A. (2013). The Public Stigma of Mental Illness: What Do We Think; What Do We Know; What Can We Prove? *Journal of Health and Social Behavior*, 54(1), 1–21. <https://doi.org/10.1177/0022146512471197>
- Rüsçh, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 20(8), 529–539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Seeman, N., Tang, S., Brown, A. D., & Ing, A. (2016). World survey of mental illness stigma. *Journal of Affective Disorders*, 190, 115–121. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2015.10.011>
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225–240. <https://doi.org/10.1093/schbul/7.2.225>
- Thornicroft, G., Bakolis, I., Evans-Lacko, S., Gronholm, P. C., Henderson, C., Kohrt, B. A., Koschorke, M., Milenova, M., Semrau, M., Votruba, N., & Sartorius, N. (2019). Key lessons learned from the INDIGO global network on mental health related stigma and discrimination. *World Psychiatry*, 18(2), 229–230. <https://doi.org/10.1002/WPS.20628>
- Trevillion, K., Oram, S., Feder, G., & Howard, L. M. (2012). Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 7(12), e51740. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051740>
- Zamorano, S., González-Sanguino, C., Sánchez-Iglesias, I., Sáiz, J., Salazar, M., Vaquero, C., Guillén, A. I., Muñoz-Lara, I., & Muñoz, M. (2022). The stigma of mental health, homelessness and intellectual disability. Development of a national stigma survey with an intersectional gender perspective. *International Journal of Clinical Trials* (pendiente de publicación).





---

[www.contraelestigma.com](http://www.contraelestigma.com)